



# VLIV POVOLÁNÍ SESTRY NA JEJÍ ZDRAVÍ

## Bakalářská práce

*Studijní*

*program:* B5341 – Ošetrovatelství

*Studijní obor:* 5341R009 – Všeobecná sestra

*Autor práce:* **Kateřina Horná**

*Vedoucí práce:* Mgr. Jana Woleská





# INFLUENCE OF NURSE PROFESSION ON HER HEALTH

## Bachelor thesis

*Study*  
*programme:* B5341 – Nursing  
*Study branch:* 5341R009 – General Nurse  
*Author:* **Kateřina Horná**  
*Supervisor:* Mgr. Jana Woleská



## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Horná**  
Osobní číslo: **Z13000158**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Vliv povolání sestry na její zdraví**  
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Teoretická východiska:

Na základě studia odborné literatury se budeme zabývat povoláním sestry.

Povolání sestry je velmi náročné a vyžaduje určité osobnostní předpoklady. Ovlivňuje sestru jako bio-psycho-sociální bytost a může mít dopad na její psychické a somatické zdraví. V naší práci se budeme zabývat aspekty vlivu této profese na zdraví sester.

Výzkumné otázky:

Předpokládáme, že povolání sestry negativně ovlivňuje její zdraví.

Předpokládáme, že více somatických dopadů na zdraví bude u sester nad 40 let.

Předpokládáme, že silnější negativní vliv povolání sestry je na lůžkovém oddělení.

Cíle práce:

Zjistit, zda povolání sestry negativně ovlivňuje zdraví sester.

Zjistit, zda u sester nad 40 let bude více somatických dopadů na zdraví.

Zjistit, zda je vliv povolání rozdílný u sester na ambulanci a na lůžkovém oddělení.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

**50-70 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**viz příloha**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Jana Woleská**


Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

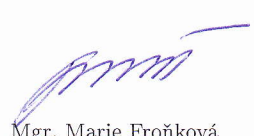
**1. září 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**30. června 2014**

  
prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs  
rektor



  
Mgr. Marie Froňková  
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2014

# Příloha zadání bakalářské práce

## Seznam odborné literatury:

- ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., ŠRÁMKOVÁ, J.: Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138.
- JOHN, F., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J.: Jak úspěšně zvládnout tlak a stres v práci: teorie a praktická cvičení. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 102 s. ISBN 80-247-1517-1.
- KEBZA, V., KOMÁREK, L., ŠRÁMKOVÁ, J.: Pohyb a relaxace: specifita nespecifických účinných faktorů v psychoterapii. 2., upr. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav ve vzdělávací agentuře Erasmus, 2003, 23 s. sv. č. 74. ISBN 80-707-1217-1.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 119 s. ISBN 978-802-4731-490.
- KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J.: Duševní hygiena zdravotní sestry: příručka pro duševní pohodu. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 78 s. ISBN 80-24707845.
- KŘIVOHLAVÝ, J., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., ŠRÁMKOVÁ, J.: Psychologie zdraví: vybrané kapitoly. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-807-3675-684.
- O'CARROLL, M., PARK, A., ŠRÁMKOVÁ, J.: Essential mental health nursing skills: specifita nespecifických účinných faktorů v psychoterapii. 2., upr. vyd. New York: Mosby/Elsevier, c2007, viii, 255 p. sv. č. 74. ISBN 07-234-3348-8.
- ŠAMÁNKOVÁ, M., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., ŠRÁMKOVÁ, J.: Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu: vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. ISBN 978-802-4732-237.
- VENGLÁŘOVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J.: Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 184 s. ISBN 978-802-4731-742.
- ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J.: Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-802-4720-685.
- ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., ŠRÁMKOVÁ, J.: Základy psychologie pro zdravotnické obory: vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. ISBN 9788024740621.

## Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vzta-huje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto pří-padě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Woleské za její ochotu, odborné vedení a cenné rady, které mi pomohly při zpracování této práce.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a umožnění studia na této škole. Děkuji také Jiřímu Slavíkovi za jeho ochotnou pomoc.

## **Anotace v českém jazyce**

**Jméno a příjmení autora:** Kateřina Horná

**Instituce:** Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

**Název práce:** Vliv povolání sestry na její zdraví

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Woleská

**Počet stran:** 92

**Počet příloh:** 4

**Rok obhajoby:** 2014

V této bakalářské práci se zabýváme zdravotními problémy, kterým musí sestry ve svém povolání čelit. Na sestru nahlížíme jako na bytost, kterou posuzujeme zejména po stránce bio-psycho-sociální. V teoretické části je definováno povolání sestry, dále se věnujeme somatickým a psychickým dopadům, které ovlivňují zdraví sester, a následně se zaměřujeme na zdravý životní styl. Praktická část se skládá z výzkumu a statistického šetření. Výzkum byl zaměřen na sestry v ambulantní a lůžkové části.

**Klíčová slova:** povolání sestry, zdravotní sestra, zdraví, ošetřovatelství



## **Anotace v anglickém jazyce**

**Name and surname:** Kateřina Horná

**Institution:** Technical university of Liberec

Institute of Health Studies

**Title:** Influence of nurse profession on her health

**Supervisor:** Mgr. Jana Woleská

**Pages:** 92

**Appendix:** 4

**Year:** 2014

In this bachelor thesis we deal with the health problems the nurses in the profession face. The nurse we outlook from the perspective of bio-psycho-social beings. In the theoretical part the profession sisters. Also, we deal with somatic and psychological impacts that affect nurse's health, and then focus on a healthy lifestyle. The practical part consists of research and statistical survey. The research was focused on nurses in outpatient and inpatient sections.

**Keywords:** nurse profession, nurse, health, nursing

## **Obsah**

<b>1 Úvod .....</b>	<b>11</b>
<b>2 Teoretická část .....</b>	<b>12</b>
2.1 Povolání sestry .....	12
2.2 Historie povolání sestry .....	12
2.3 Vzdělávání sester .....	14
2.4 Náplň práce sester .....	15
2.5 Osobnost sester .....	15
2.6 Pracovní prostředí .....	16
2.7 Motivace k práci .....	17
2.8 Komunikace u sester .....	19
2.9 Interpersonální vztahy sester .....	21
2.10 Intrapersonální vztahy sester .....	22
<b>3 Negativní dopady na zdraví u sestry .....</b>	<b>23</b>
3.1 Somatické problémy .....	23
3.1.1 Bolesti zad .....	23
3.1.2 Problémy s pohybovým ústrojím .....	24
3.1.3 Vředové choroby .....	25
3.1.4 Kožní onemocnění .....	26
3.2 Psychické problémy .....	26
3.2.1 Stres v práci .....	26
3.2.2 Syndrom vyhoření .....	27
<b>4 Zdravý životní styl .....</b>	<b>30</b>
4.1 Definice zdraví .....	30
4.2 Zdravá výživa .....	31
4.3 Pitný režim .....	34
4.4 Pohybová aktivita .....	36

4.5 Spánek .....	37
4.6 Kouření.....	38
4.7 Relaxace .....	39
<b>5 Sestra a její rodina .....</b>	<b>41</b>
5.1 Nukleární rodina.....	41
5.2 Partnerské vztahy .....	41
<b>6 Výzkumná část .....</b>	<b>42</b>
6.1 Cíle práce a výzkumné předpoklady .....	42
6.2 Metodika výzkumu.....	42
6.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	43
6.4 Výsledky výzkumu a jeho analýza.....	43
<b>7 Diskuze .....</b>	<b>70</b>
<b>8 Doporučení pro praxi .....</b>	<b>73</b>
<b>9 Závěr .....</b>	<b>74</b>
<b>10 Seznam bibliografických citací .....</b>	<b>75</b>
<b>11 Seznam tabulek a grafů .....</b>	<b>80</b>
<b>12 Seznam příloh.....</b>	<b>83</b>

## Seznam použitých zkratek

HCD	horní cesty dýchací
WHO	World health organization
JIP	jednotka intenzivní péče
ARO	anesteziologicko -resuscitační oddělení
REM	rapid eye movement
non- REM	non rapid eye movement

# 1 Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá negativně působícími vlivy, které se vyskytují u povolání sestry a ovlivňují její zdraví. Povolání sester je velice náročné a těžké. Je v něm kladeno mnoho požadavků zejména na psychickou, ale i na fyzickou stránku sestry. Ve společnosti má sestra nepostradatelnou funkci. Sestra se věnuje prevenci nemocí a podpoře zdraví člověka. Náplní prevence je předcházení nemocem a posilování zdraví. Spolupráce s ostatním zdravotnickým personálem je nutností, neboť spolu tvoří tým. Společně pak poskytují ošetrovatelskou péči nemocným lidem a musí zvládnout i stavy ohrožující život člověka. Sestra je povinna se pravidelně a celoživotně vzdělávat. V dnešní době jsou kladeny na sestry veliké nároky. Sestra musí mít odborné znalosti, měla by být dostatečně zručná a lidská. Musí se přiměřeně zachovat v každé situaci.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část práce se zaměřuje na obecnou charakteristiku povolání sestry, na historii tohoto povolání, zabývá se problematikou komunikace a interpersonálních vztahů. Dále se práce zabývá somatickými a psychickými dopady profese na zdraví sester. V neposlední řadě se práce věnuje zásadám zdravého životního stylu, které jsou pro sestry důležité.

Výzkumná část se zabývá analýzou dat, získaných během výzkumného šetření pomocí dotazníků. Výzkum byl zaměřen na současný somatický a psychický stav dotazovaných respondentů. Zjišťujeme, zda dodržují zdravý životní styl a následné kroky zajišťují prevenci zdravotních či psychických potíží.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Povolání sestry

*„Povolání zdravotní sestry/ošetřovatelky je krásné a náročné: na vědomosti, na psychickou výbavu sestry, komunikační dovednosti, schopnost empatie. Právem je nazýváno etickým uměním.“ (Kutnohorská, 2010, s. 11)*

Dnes se nahlíží na sestru jako na profesionála naplňujícího specifické profesní znaky a odborné vědomosti, které je nutné dlouhodobě upevňovat. Do odborných vědomostí patří i znalosti o historii českého ošetřovatelství, kterým pak sestra reprezentuje svoji profesi. Důležitou vlastností, která doprovází povolání sestry již po celou historii, je láska k člověku a ta se stala základním etickým principem ošetřovatelství (Kutnohorská, 2010). Základní povinností sestry dle etického kodexu sester je pečovat o zdraví, předcházet nemocem a onemocněním, zmírňovat utrpení, navracet zdraví.

Sestra tedy zajišťuje podporu zdraví, dbá na prevenci onemocnění, pomáhá k uzdravení pacientů a stává se podporou i jejich rodinám. Během péče o pacienty sestra hodnotí jejich reakce a sleduje vzniklé příznaky. Sestra pomáhá k dosahujícím pokrokům pacientů/klientů v jejich léčbě a zastává roli pedagoga při jejich edukaci. O jednotlivých krocích, které vedou ke zlepšení zdraví pacienta/klienta, informuje sestra dle svých kompetencí jak pacienty/klienty, tak jejich rodiny (Timofeeva, 2002).

### 2.2 Historie povolání sestry

Ošetřovatelství bylo spojováno s ženskou profesí a s poskytováním péče. Kořeny nacházíme v charitativní péči, kterou poskytovaly řádové sestry. Z této doby pochází oslovení „sestro“, které se ze sester z řeholního řádu přeneslo na sestry civilní (Kutnohorská, 2010).

Charitativní péče se poskytovala všem chudým lidem, o které se nemohla postarat jejich rodina. Péče probíhala ve středověkých hospitálech či charitativních institucích, které se na počátku 19. století přeměnily do podob chudobinců, starobinců,

sirotčinců a nemocnic. I zde byla poskytována péče, která vycházela zejména z náboženství, kdy ošetřující byli bez odborné přípravy. Ke změně stylu poskytování ošetrovatelské péče došlo v druhé polovině 19. století, kdy dochází k racionalizaci medicíny v nemocnicích. Díky tomuto vývoji bylo potřeba zajistit lékaře i schopné, komunikativní a odborné pomocníky při ošetrování nemocných. I zde nacházíme základ v nynější profesi sestry (Bártlová, 2011).

Historii ošetrovatelství významně ovlivnila Florence Nightingalová, která v roce 1860 založila první ošetrovatelskou školu v Londýně. Nightingalová, která je označována jako zakladatelka ošetrovatelství, kladla důraz na vysokou úroveň vzdělání ošetrovatelského personálu a aktivní přístup k nemocnému (Bártlová, 2005).

První česká ošetrovatelská škola vznikla v roce 1874 v Praze. Diplomované sestry pak mohly začít studovat na Vyšší ošetrovatelské škole, která byla otevřena roku 1946 v Praze. Podmínkou k tomuto studiu bylo absolvování dvou let na ošetrovatelské škole spolu se třemi roky praxe. Do roku 1948 bylo studium dvouleté, pak došlo k reformě ošetrovatelského vzdělávání, kdy vládní nařízení č. 80/1955 Sb. pomohlo k vytvoření jednotného systému odborného vzdělávání. Délka studia se prodloužila na 4 roky a uchazeči o studium se stali žáci po ukončení povinné školní docházky. Školy se přejmenovaly na střední zdravotnické. Nezralost velmi mladých studentů se po letech ukázala jako problém, který v oboru zdravotnictví hraje velkou roli. Ošetrovatelka by měla být zodpovědná, sebejistá, zralá a vnímavá vůči pacientům. Proto bylo třeba se na tuto profesi připravovat ve zralejším věku. Ve všech větších městech pak vznikaly vyšší sociálně zdravotní školy, na kterých byla tato zaměření: ošetrovatelství, dětská sestra, zdravotnická pracovnice, porodní asistentka, zdravotní laborantka, zubní laborantka. Délka studia činila dva roky, kdy bylo studium ukončeno státní maturitní zkouškou. Od 70. let dvacátého století nastal v medicíně velký pokrok, a s ním se zvýšily také nároky na nelékařské zdravotnické pracovníky. Světová zdravotnická organizace definovala novou roli ošetrovatelství jak ve zdravotnictví, tak ve společnosti (Kutnohorská, 2010).

*„Hlavním cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické a psychické bolesti v průběhu umírání.“ (Kutnohorská, 2010, s. 116)*

Pohled na ošetrovatelství se změnil. Ošetrovatelství se stalo společenskovědní disciplínou, která staví své základy na výzkumech. V této době je schválena Evropská dohoda o vzdělávání sester s následným doplněním Rady Evropy - dokument Role

a vzdělávání sester, jež mají za společný cíl sjednotit úroveň vzdělávání sester v Evropské unii (Kutnohorská, 2010).

## **2.3 Vzdělávání sester**

Vzdělávání sester se v České republice řídí zákonem č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. V tomto zákoně je uvedena řada oborů, které pomáhají k získání odborné způsobilosti k výkonu u povolání sestry. V dnešní době lze odbornou způsobilost získat absolvováním akreditovaného bakalářského oboru pro přípravu všeobecných sester na vysoké škole nebo na vyšší zdravotnické škole oborem diplomovaná všeobecná sestra. Po absolvování pouze střední zdravotnické školy se získává způsobilost zdravotnického asistenta, který je chápán jako sestra druhé úrovně. Akreditovaný obor musí splňovat podmínky z vyhlášky č. 39/2005 Sb., kde jsou stanoveny základní požadavky, včetně hodin praktické výuky a celkového počtu hodin výuky. K vyhlášce vydalo ministerstvo zdravotnictví metodické pokyny, ve kterých lze najít doporučený počet hodin jednotlivých předmětů společně s rámcem činností jak na vysokých školách, tak i na vyšších zdravotnických školách (Vévoda, 2013).

Povinností všech zdravotníků je celoživotní vzdělávání. Jedná se o průběžné prohlubování kvalifikace, doplňování vědomostí a zvyšování dovedností v daném oboru. Celoživotní vzdělávání je kontrolováno kreditním systémem, který je povinný pro sestry, které získaly osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Vzdělávat se musí i sestry, které osvědčení nezískaly. Celkový počet kreditů je uveden ve vyhlášce č. 423/2004 Sb. Kredity lze získat účastí na certifikovaných kurzech, inovačních kurzech, odborných stážích, odborných konferencích, školicích akcích, sympoziích, či ve specializačním vzdělávání. Účast na těchto akcích je zaznamenávána do průkazu odbornosti či se vydává potvrzení o účasti společně s dalšími údaji o akci. Cílem celoživotního vzdělávání je schopnost sester vykonávat své povolání na určité úrovni (Vévoda, 2013).



## **2.4 Náplň práce sester**

Dne 14. března 2011 vyšla ve Sbírce zákonů vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Poskytování zdravotní péče by mělo být v souladu s právními předpisy. To platí i o vedení zdravotnické dokumentace. Zaměříme se na činnosti zdravotnického pracovníka, který pracuje bez odborného dohledu. Sestra bez odborného dohledu zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči, a to pomocí ošetrovatelského procesu. Její náplní je vyhodnocování potřeb pacientů, soběstačnosti a možných rizik (např.: vznik dekubitů). Sleduje a hodnotí fyziologické funkce (např.: dech, puls, krevní tlak, atd.), pozoruje celkový stav pacienta, který průběžně zaznamenává. Provádí odběr biologického materiálu, odsává sekrety z HCD a zajišťuje jejich průchodnost. Na základě indikace lékaře sestra zavádí a udržuje kyslíkovou terapii. Ošetřuje poraněnou kůži, stomie, centrální a periferní vstupy. U žen a dívek nad 10 let provádí katetrizaci močového měchýře. Spolupracuje s ostatními odborníky (např.: klinickým psychologem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem) a dodržuje zásady polohování. Edukuje a informuje pacienty o následných postupech a snaží se zvyšovat jejich soběstačnost. Na základě indikace lékaře sestra připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, u kterých lékaři asistuje. Umírajícím a jejich blízkým je sestra psychickou oporou. Po stanovení smrti lékařem sestra provádí péči o mrtvé tělo. Sestra manipuluje s léčivými přípravky a zajišťuje jejich bezpečné uložení a dostatečnou zásobu. (vyhláška č. 55/2011 Sb)

## **2.5 Osobnost sester**

Nejprve je třeba vysvětlit pojem osobnost. Psychologové se shodují, že v případě definice osobnosti se jedná o stabilní systém, který je plný jedinečných vlastností a projevů člověka. Každá osobnost představuje bytost jedinečnou, jedná se o soubor psychických vlastností někdy označovaných též pojmem charakter. Všechny biologické, psychologické a sociální aspekty se promítají do osobnosti a ta je charakterizována rozdílností lidského chování. Chování je pozorovatelné navenek a na základě tohoto

pozorování, můžeme usuzovat na určité osobnostní charakteristiky (Cakirpaloglu, 2012). Osobnost sestry by měla být ovlivněna etickými zásadami. Sestra poskytující péči nemocným by měla dbát následujících etických zásad, do kterých patří důvěra, odpovědnost, samostatnost a mlčenlivost. Důvěra je pro vzájemný vztah sestra- pacient-rodina velice důležitá, umožňuje kvalitnější spolupráci s pacientem. Sestra působí důvěryhodněji má-li upraven zevnějšek, slušné vystupování a disponuje-li odbornými znalostmi. Zvýšená odpovědnost klade velkou zátěž na psychiku sestry. Se zátěží se setkáváme při každodenní činnosti sester, hlavně na odděleních JIP a ARO, kde hraje důležitou roli i samostatnost sester. Otázka mlčenlivosti je dána zákonem i etickým kodexem. (viz. příloha č. 3) Nezbytnou vlastností sestry je komunikativnost. Poskytování ošetrovatelské péče je založeno na aktivní komunikaci sestry s klientem/ pacientem a jeho rodinou. Komunikace umožňuje klientovi/pacientovi vytvořit vzájemný vztah plný důvěry, který usnadňuje spolupráci při léčbě (Ptáček, Bartůněk, 2011). Dále je nezbytné, aby v sobě sestra měla dávku empatie a byla ochotna naslouchat problémům pacientů, vystupovala sebejistě, klidně s rozvážností a trpělivostí. V neposlední řadě je třeba mít smysl pro humor a přiměřený optimismus (Zacharová a kol., 2007).

## **2.6 Pracovní prostředí**

K poskytování ošetrovatelské péče je nezbytné bezpečné pracovní prostředí, které vede ke spokojenosti nejen zdravotníků na pracovišti, ale i pacientů. Právním každého pracovníka jsou bezpečné a zdravé pracovní podmínky. V České republice se bezpečností a ochranou na pracovišti zabývá Zákon o ochraně veřejného zdraví v platném znění č. 258/2000 Sb. Hlavní úkoly pracovně nelékařských služeb jsou pak vymezeny v zákoně o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. Pro zajištění bezpečnosti a ochrany práce sester je vytvořena, dle prvně zmiňovaného zákona, povinná kategorizace zdravotních rizik práce. Celkem jsou čtyři kategorie. Hodnocení je vzestupné, kdy čtvrtou, zároveň nejrizikovější kategorií, je vystižena vysoká míra rizika a je třeba preventivních opatření. Cílem kategorizace je celkové zmapování, zda fyzická nebo psychická námaha nepřekračuje možnosti pracovníků a následně nepoškozuje jejich zdraví (Vévoda, 2013).

V pracovním prostředí existuje mnoho faktorů, které ovlivňují pracovní výkon a psychiku zdravotníků. Mezi nejčastější faktory ovlivňující pracovní výkon a psychiku zdravotníků patří fyzická a psychická zátěž, která souvisí s vnějšími vlivy prostředí. S fyzickou zátěží se setkávají zejména sestry na lůžkových odděleních a to při manipulaci s pacienty. Řada studií prokázala přítomnost tělesné zátěže a překročení limitu hodnot, které určují dlouhodobou fyzickou zátěž u zdravotníků. Přesné hodnoty těchto limitů zátěže lze najít v předpisu §25 Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. Pracovní prostředí ovlivňuje také psychiku zdravotníků. U dlouhodobější psychické zátěže může docházet k poruchám zdraví. Vzniklá onemocnění pak mohou mít psychosomatickou podobu, mezi nejčastější patří například vředová choroba či arteriální hypertenze. Psychická pracovní zátěž negativně ovlivňuje pracovníka. Často se projevuje vysokou náročností práce, časovým tlakem, vysokou odpovědností, směnností práce a konfliktními interpersonálními vztahy (Vévoda, 2013).

Významně jsou zdravotníci ve svém pracovním prostředí ovlivňováni vnějšími faktory. Mezi tyto faktory řadíme například osvětlení, hluk a tepelné podmínky. Osvětlení pracoviště by mělo být přiměřené, aby nedocházelo ke zrakové únavě. Častým faktorem, se kterým se ve zdravotnictví setkáváme, je hluk. Hluk nejen znesnadňuje komunikaci, ale i znemožňuje soustředění se na svou práci. Dalším významným faktorem, který ovlivňuje zdraví pracovníků, jejich výkonnost i pohodu, jsou tepelné podmínky pracovního prostředí (Křivohlavý, 2009).

## 2.7 Motivace k práci

Motivace je hybná síla psychického charakteru, která uvádí do pohybu lidské chování a s ním i související činnosti. *„Základním vnitřním zdrojem motivace je motiv čili pohnutka. Určuje směr a intenzitu chování. (Výrost, Slaměník, 2008, s. 147)*

Motiv je vnitřní psychickou silou jedince, která popohání jeho jednání v situacích, kdy chce dosáhnout svých vědomých záměrů a cílů. Síly, které se projevují v motivaci jako v psychickém procesu, se nazývají aktuální síly. Potencionální síly vystupují v podobě psychických motivačních dispozic. U člověka jsou motivační dispozice částečně vrozené a částečně získané. Do vrozených se řadí biologické

potřeby, k získaným sociální potřeby (zájmy, postoje, hodnoty). Získané motivační dispozice se utváří na základě sociální zkušenosti. Podměty z vnějšího prostředí se označují jako incentive (pobídky) a představují základní vnější zdroj motivace. Chování člověka je vždy motivované a to i ve chvílích, kdy si jedinec není motivů vědom. Může si uvědomovat vnější cíl, ne však motivy samotné. Cílem rozumíme stav, kterého chce jedinec dosáhnout nebo kterému se snaží naopak vyhnout. Cíl vyjadřuje směr motivace a určuje intenzitu motivace. Cíl je na rozdíl od motivu vždy vědomý (Výrost, Slaměník, 2008).

Základní formu motivu představuje pojem potřeba. „*Potřeba je subjektivně pociťovaný nedostatek něčeho, co je pro život jedince nezbytné. Potřebou se může stát i to, co objektivně potřebou není, nebo co dokonce organismu škodí, jako je kouření, alkohol, drogy.*“ (Výrost, Slaměník, 2008, s. 150)

Potřeby nám pomáhají dosáhnout určitých životních podmínek a jsou hybnou silou lidské činnosti. Mezi další zdroje motivace, které jsou úzce spjaté s potřebou, řadíme zájmy. Zájmy vybízí člověka k aktivitě. Propojenost zájmu s potřebou je dána tím, že člověk má zájem o předmět, který je pro něj potřebný (Výrost, Slaměník, 2008).

V pracovním prostředí Nakonečný vyjadřuje motivaci k práci jako soubor motivů, které ovlivňují přístup jednotlivce k práci, jeho ochotou pracovat a vycházejí z přání, touhy, z úsilí či potřeby dosažení určitého cíle (Vévoda, 2013).

„*Motivace k výkonu byla explicitně vyjádřena jako potřeba výkonu (need achievement) u H. A. Murraye. Do potřeby výkonu H. Murray zahrnoval dokázat něco obtížného, zvládnout fyzické objekty, lidské bytosti či ideje, učinit to co nejrychleji a co nejsamostatněji, překonat překážky a dosáhnout vysokého standardu, překonat sám sebe, být rivalem druhých a přesvědčit je.*“ (Výrost, Slaměník, 2008, s. 154)

Potřeba dosáhnout určitého cíle souvisí s aspirační úrovní jedince, která je doprovázena buď úspěchem, nebo neúspěchem. V dosažení určitého cíle nám mohou zabránit překážky nebo osobní nedostatky. Dosáhnout daného cíle nám mohou pomoci i jiní lidé. Skupinová motivace je kladným motivačním prvkem (Výrost, Slaměník, 2008).

Úspěšná pracovní motivace, která uspokojila potřeby zaměstnanců, vede k pracovní spokojenosti. Pracovní spokojenost je jednou z potřeb zaměstnance, které by mělo být vždy docíleno. Pracovní spokojenost nebo nespokojenost utváří pracovní atmosféru, buď dobrou či špatnou, což vede k ovlivnění kvality práce (Výrost, Slaměník, 2008).

Významný klinický psycholog Herzberg je zakladatelem dvoufaktorové motivační teorie, která řeší zvlášť spokojenost a nespokojenost v pracovním prostředí. Herzbergova teorie je považována za nejznámější teorii pracovní motivace. Dle Herzberga na pracovní motivaci působí dvě skupiny faktorů. První jsou vnější faktory-hygiene factors, mezi ně řadíme například podmínky, ve kterých je práce vykonávána, plat nebo vztahy s kolektivem. Tyto faktory mohou vést ke vzniku pracovní nespokojenosti v případě jejich nízké úrovně či úplného nedostatku. Druhou skupinou jsou vnitřní faktory, nazývané satisfactors. Satisfactory jsou podstatou pracovní motivace. Příkladem je pocit uspokojení z práce nebo pracovní uznání. Pokud vedoucí pracovník správně působí na tyto motivátory, stává se motivace účinnou. Podle Nakonečného je podstatné vzbudit u jedince touhu, která se pak stane účinnou motivací. Dalším motivátorem jsou dle Nakonečného peníze. Nakonečný propojuje pracovní motivaci s pracovní spokojeností, neboť je jedinec pomocí práce schopen dosáhnout určitých hodnot a cílů (např. finanční odměny, kariérní postup). Surynek se pak zabývá hodnotami člověka, které ovlivňují pracovní výkon. Pro vedoucí pracovníky je prospěšné tyto hodnoty rozpoznat, a tím dosáhnout správné motivace spolupracovníků. Hodnotový žebříček je u každého zaměstnance individuální společně i s jednotlivými motivy. Podle amerického výzkumu se zjistilo, že na první místo v hodnotovém žebříčku řadí muži i ženy možnost postupu a druhé místo obsadila jistota práce. Na dalších místech hodnotového žebříčku se umístil plat a dobré vztahy s vedoucím. Hlavním motivačním faktorem by v případě zdravotnických pracovníků měla být samotná profese. Dále výzkum ukázal, že více jak 70 % zdravotnických pracovníků je spokojeno se svým povoláním. Zjistilo se také, že pracovní spokojenost ovlivňuje prostředí, vztahy se spolupracovníky, plat, pracovní úkoly a samotná péče o pacienty. Dalším zajímavým zjištěním byl faktor vzdělání, který ovlivňuje míru spokojenosti. Výzkum zjistil, že pracovní spokojenost roste s dosažením vyššího vzdělání (Vévoda, 2013).

## **2.8 Komunikace u sester**

Pojem komunikace vychází z latinského „communicare“, které vyjadřuje vzájemné sdílení něčeho. Sdílet můžeme informace, myšlenky, emoce, postoje nebo

jednání. Ve zdravotnictví slouží komunikace hlavně jako prostředek k výměně informací. Komunikace umožňuje spolupráci mezi sestrou a pacientem a je proto základem ošetrovatelské péče. Pro kvalitní poskytování ošetrovatelské péče je nutná dobrá komunikace mezi zdravotnickým personálem, který tvoří tým (Vévoda, 2013). Základním druhem komunikace je interpersonální komunikace. Zajišťuje spojení mezi lidmi prostřednictvím vzájemného předávání významů. Při interpersonální komunikaci se častěji užívá verbálních prostředků, i když neverbální (např. úsměv) mají v komunikaci také svou funkci. Projevem interpersonální komunikace je rozhovor. Rozhovor může mít podobu dorozumívací, pracovní, konverzující, žertovací. Při efektivní komunikaci lze vidět spokojenost jak na straně pacientů a jejich příbuzných, tak i na straně zdravotníků (Výrost, Slaměník, 2008).

Nejčastější formou verbální komunikace je mluvené slovo. Verbální komunikaci je přikládán větší význam než nonverbální komunikaci. Do neverbální komunikace spadají gesta, mimika, optika, proxemika, posturika, symboly a i úprava zevnějšku. Aby byla verbální komunikace účinná, musí být jasná, stručná a srozumitelná. Předcházení vzniku komunikačních šumů koresponduje s prevencí možných problémů a vede tím i k větší spokojenosti pacientů, kteří se cítí dostatečně informováni. Člověk, který se ocitne v roli pacienta, se stává vnímavějším ke znepokojivým výrokům týkajících se jeho léčby. Z tohoto důvodu je třeba mít na paměti, že slovo má obrovskou moc a je možné jím utěšit, ale i ranit (Vévoda, 2013).

V určitých situacích je na místě nonverbální komunikace, kdy lze využít pouze gest či zapojení mimiky. Ve zdravotnictví se velmi často setkáváme se vzdáleností jako komunikační odezvou, která jedná pomocí přiblížení a oddálení se k druhé osobě. Hraje zde velkou roli míra důvěry ze strany pacientů vůči zdravotnickému personálu. Existují čtyři základní distanční zóny, do kterých zdravotník zasahuje. Intimní zóna je vyhrazena pouze blízkým osobám a uvádí se rozmezí od přímého kontaktu po 30 cm. Následuje osobní zóna zasahující do 120 cm. Další je sociální zóna, která sahá do 366 cm. Poslední zóna se nazývá veřejná, navazuje na sociální zónu, kdy začíná od 366 cm až výše. Během poskytování ošetrovatelské péče zdravotník vstupuje do intimní zóny, což nemusí být zcela pacientovi příjemné a právě v tomto okamžiku je na místě s ním udržovat komunikaci (Vévoda, 2013).

Je důležité si uvědomit, že komunikace s pacientem začne ještě dříve, než je vyřčeno první slovo. Informace pochází ze strany zdravotníka v podobě vzezření a úpravou jeho zevnějšku. Aby nebyl v ošetřovaném vzbuzen pocit nejistoty od

pracovníka, je očekáván konzervativní vzhled, čistota oděvu, celková úprava zevnějšku, do které spadá decentnost v líčení a užívání šperků (Vévoda, 2013).

Správná komunikace s pacientem je částečně i uměním. Je podstatné naučit se aktivně naslouchat. Sestra naslouchá pacientovi a snaží se pochopit jeho sdělení a poskytuje mu zpětnou vazbu. Ta může být v podobě krátkých slov, pokyvováním hlavou nebo jen očním kontaktem. Komunikaci mezi sestrou a pacientem negativně ovlivňuje například nevhodné prostředí bez dostatku soukromí nebo špatné načasování komunikace. Tyto faktory by se měla sestra snažit postupně eliminovat. Během komunikace je od zdravotníka zapotřebí empatie, naslouchání a identifikace sdělení, které přichází od pacienta (Vévoda, 2013).

Komunikace, která by pro naše okolí měla být skryta, se nazývá intrapersonální komunikace. Tato komunikace je spíše vnitřního charakteru, ale může být i vnější-slyšitelná pro okolí, ovšem není to její invencí. Je to komunikace jedince se sebou samým a prolíná se spolu s vnitřní řečí. Vnitřní řeč v sobě zahrnuje nevědomou komunikaci (Výrost, Slaměník, 2008).

## **2.9 Interpersonální vztahy sester**

Člověk je sociální bytost, u které velmi snadno vzniká závislost na interpersonálních vztazích. Ty jsou charakterizované účastí nejméně dvou osob, které se ocitnou v interakci, a následně je zanechána určitá „stopa“, například v podobě příjemného či nepříjemného dojmu. Interakce je vystižena jako určitá sociální událost, která může probíhat jak v trvajících vztazích, tak při setkání s novými lidmi. Přesto, že k některým interakcím a vztahům přistupujeme s radostí a ochotou a do jiných s negativismem, jsou pro nás sociálně důležité. Do škály interpersonálních vztahů řadíme například povrchní vztahy, těsné vztahy a osobní vztahy. Pojem osobní vztah úzce souvisí s těsnými vztahy a zavedl ho Harold H. Kelley, který chápal osobní vztah jako závislost jedince vůči nejbližším osobám. Povrchní vztahy se liší od osobních nezávislostí. Konverzace probíhá nezávazně a souvisí se sociálním statusem či společnou profesí. Není vyloučeno, že tyto vztahy přejdou do roviny těsných vztahů, ve kterých hraje velkou roli vzájemná závislost (Slaměník, 2011).

Interpersonální vztahy na pracovišti jsou odlišné od vztahů partnerských a intimních. V pracovních vztazích je dána náplň práce a lidé, kteří by si v normálním životě třeba nerozuměli, jsou nuceni spolu komunikovat a spolupracovat. Každý účastník pracovního procesu má své specifické pracovní postavení a roli. V práci si lidé nejvíce cení pracovní výkonnosti a dovedností. V interpersonálních vztazích je důležitá vzájemná souhra a důvěra, spolehlivost všech účastníků týmu. Mezi důležité faktory patří vzájemná podpora při dosahování cílů a sdílená solidarita (Škrála, 2003).

## 2.10 Intrapersonální vztahy sester

*„Sebeuvědomění, zážitek sebe sama a vztah k vlastnímu já jsou unikátní charakteristiky lidské psychiky, které dávají lidskému životu zásadní rozměr a subjektivní smysl.“ (Výrost, Slaměník, 2008, s. 89)*

Během jakéhokoli jednání, ve kterém o něco usilujeme, je vidět přítomnost uvědomění si vlastního já. Každý člověk, si uvědomuje svoje já, nejčastěji pomocí určitého pocitu, který utváří jeho součást. Subjekt já je podle Damona a Harta vystižen jako nositel vůle. Markus a Wurf já spojují s okamžikem přítomnosti. V tomto okamžiku se kognitivní procesy (pozornost, paměť, vnímání) nedají oddělit od komplexnějších procesů (hodnocení), jelikož jsou potřebné pro existenci činného já. Činné já lze vyjádřit jako zážitek sebe sama. Je spojeno s volným úsilím a ovlivňuje procesy paměti a pozornosti. Kognitivní obsah ovlivňuje sebepojetí a sebehodnocení. Můžeme říci, že sebepojetí je spojeno s hodnocením, jelikož člověk se neustále srovnává, např. se standardy nebo s ideálním já. E. T. Higgins zveřejnil roku 1987 sebediskrepanční teorii, která se zabývá reprezentací třech já- skutečného já, ideálního já a požadovaného já (Výrost, Slaměník, 2008).

*„Ideální já vyjadřuje naše konkrétní přání, naděje a aspirace. Požadované já zahrnuje charakteristiky, o kterých se domníváme, že bychom je měli mít. Vyplývají z povinností, závazků a z odpovědností, které si bereme za své. Roli hraje také to, z jakého úhlu na normy, přání a požadavky nahlížíme. Důležité je nejen to, co si o sobě myslíme sami, ale i to, jak si představujeme, že nás vnímají a hodnotí druzí lidé, na jejichž mínění nám záleží.“ (Výrost, Slaměník, 2008, s. 99)*



## **3 Negativní dopady na zdraví u sestry**

### **3.1 Somatické problémy**

Existuje celá řada onemocnění, u kterých je prokázán vliv povolání. Mezi taková onemocnění patří například kožní onemocnění, onemocnění oběhové soustavy, dýchací soustavy a onemocnění pohybového aparátu (Vévoda, 2013).

#### **3.1.1 Bolesti zad**

V současné době patří bolesti zad k nejčastějším zdravotním obtížím. Existuje mnoho příčin vzniku bolesti zad. Mezi nejčastější příčiny bolestí zad pak patří špatné držení těla společně se svalovou dysbalancí (nerovnováhou), sedavé zaměstnání, zvedání těžkých břemen, degenerativní změny na páteři, úrazy, obezita a stres (Stackeová, 2012).

Příčinou nesprávného držení těla může být vrozené nebo získané chybné postavení páteře, ochablé svaly, nadměrná zátěž určité oblasti zad nebo dlouhodobě špatné držení těla při sezení. I přes fakt, že nám špatné držení těla obstarává nepříjemné bolesti, není této problematice ze strany lidí přikládán důraz. Zvláště lidé, kteří mají sedavé zaměstnání, jsou ohroženi vyšším rizikem vzniku bolesti zad, a to díky svalové dysbalanci. Jedná se o narušení rovnováhy mezi svalovými skupinami. Některé svalové skupiny jsou vlivem špatného držení těla přetěžovány a naproti tomu jsou jiné zkracovány. Projevem jsou pak tzv. „křivá záda“. Páteř se může vybočit do strany (skolióza), bederní páteř je nadměrně prohnutá dopředu (hyperlordóza) nebo lze vidět tzv. „kulatá záda“ (kyfóza) (Grabbe, 2010).

Při delším stání se mohou objevit bolesti krčních a bederních obratlových segmentů. V tomto případě je nutné dbát na vzpřímený postoj a na změnu zátěže páteře. Vhodnou možností, jak pozměnit pozici páteře a zároveň docílit uvolnění, je aktivizace lýtkového svalstva, kterou dosáhneme pomocí zhoupnutí se na špičky. Správné držení těla při sezení je dalším krokem k úlevě od bolesti zad. Vzpřímený sed je zárukou, že

záda a meziobratlové ploténky budou méně namáhány, jelikož velkou část zátěže přebírají zádové svaly. Bolesti zad ale nejsou zcela vyloučeny i při vzpřímeném sedu. Důležitým faktorem je délka zátěže, která působí na páteř. Monotónní a jednostrannou zátěž je potřeba občas přerušit a tím se vyhnout nepříjemným bolestem (Materna, Westerkamp, 2010).

Další příčinou bolestí zad je psychický stres, který se projevuje i na pohybovém aparátu. Můžeme ho sledovat v podobě náznaků svalového napětí, které se přenáší do vadného postavení těla, společně se změnou dýchání. Zmíněné dýchání je jednou z metod, která pomáhá k odstranění bolesti zad. Propojením cvičících metod a správného dýchání je dosahováno největší úlevy. Při cvičení je nutno dodržovat několik zásad, jako je hluboké vydechnutí během napínání svalů a naopak nadechnutí při uvolňování svalů (Grabbe, 2010).

Z hlediska vhodné terapie bolestí zad máme k dispozici řadu možností, převážně se užívá medikamentózní léčba, pohybová terapie a fyzioterapeutické metody. Nejvýznamnější terapií a zároveň i prevencí je pohybová aktivita. Pohybová aktivita by měla být aplikována v dostatečném množství a zároveň pomocí ní lze korigovat tělesnou hmotnost, která je dalším faktorem souvisejícím s bolestmi zad. Jako prevence nepříjemných bolestí zad se doporučuje věnovat pozornost správnému držení těla jak v sedu, tak ve stoji, dále pak nošení pohodlné obuvi bez podpatků či tvrdé podrážky, omezení nošení těžkých tašek přes rameno a pravidelné změně polohy páteře s protažením zádových svalů (Stackeová, 2012).

Protahování zádového svalstva by mělo být intenzivní a s pomalými pohyby (technika Slow-Motion). Doporučuje se cvičení po dobu minimálně 10 minut dvakrát až třikrát denně (Grabbe, 2010).

### **3.1.2 Problémy s pohybovým ústrojím**

Jedním z nejčastějších onemocnění pohybového ústrojí je artróza. Toto degenerativní onemocnění způsobuje omezení pohybu v kloubech. Příčinou je poškození či opotřebení chrupavky, které následně způsobuje bolesti při pohybu, otoky, omezení pohybu a v pokročilém stádiu bolesti v klidovém stavu. Bolest je způsobená

podrážděnou sliznicí kloubu, kdy příčinou vzniku bolesti jsou částičky z narušené chrupavky s doprovodným zánětem sliznice kloubu (Schwichtenberg, 2008).

Onemocnění pohybového aparátu postihuje jak malé, tak velké klouby. Nejčastější onemocnění, které postihuje kyčelní kloub, nazýváme coxartróza. Na druhé místo řadíme onemocnění kolenního kloubu- gonartróza. Mezi nejčastějších faktory spolupodílejících se na vzniku artrózy řadíme proces stárnutí, menopauzu, nadváhu, nedostatečný pohyb, stravu, stres a genetické předpoklady (Šafránková, Nejedlá, 2006).

### **3.1.3 Vředové choroby**

Častým onemocněním, kterým je postižena více jak polovina populace, je vředová choroba. Vředovou chorobou se rozumí vznik peptického vředu v žaludku nebo v duodenu, který vznikl díky probíhající infekci, způsobenou bakterií *Helicobacter pylori*. Žaludeční vřed se projevuje bolestmi břicha tlakového charakteru a to po uplynutí určité doby od požití jídla, konkrétně v oblasti pod žebry nebo pod hrudní kostí. Opakem žaludečního vředu je vřed v oblasti duodena, u kterého se bolest objevuje nalačno a po požití jídla bolest zmizí. K dalším příznakům u žaludečního vředu patří únava, nechutenství, zvracení a snížená chuť k jídlu. U duodenálního vředu je nechutenství sporné. Někdy nemocní naopak i přibývají na váze. Příznakem vzniku vředu může být pálení žáhy, zvracení kyselých šťáv, únava nebo zácpa. Hlavní příčinou vzniku vředu je již zmíněná infekce. K dalším příčinám řadíme užívání medikamentů, například analgetik, nesteroidních antirevmatik a kortikoidů. Ke vzniku vředů dále přispívá kouření, stres či nevhodné potraviny. Léčba je komplexní. Medikamentózní léčba probíhá pomocí antacid, která neutralizují kyselý žaludeční obsah, a dále pomocí podání inhibitorů protonové pumpy. Nutné je i režimové opatření se snahou omezit stresory. Do dietních opatření spadá vyloučení potravin a nápojů, které mohou zvyšovat tvorbu kyseliny chlorovodíkové. K rizikovým nápojům řadíme černou kávu, Coca- colu, Kofolu nebo alkohol (Kohout, Pavlíčková, 2008).

### **3.1.4 Kožní onemocnění**

K nejčastějším kožním onemocněním patří alergické kontaktní dermatitidy a iritační dermatitidy. Alergické kontaktní dermatitidy vznikají u opakovaného kontaktu pokožky s alergenem. Projevy tohoto kožního onemocnění lze spatřit již během prvních dnů od kontaktu s alergenem. Alergenem mohou být dezinfekční prostředky, lokální terapeutika, antibiotika nebo rukavice, které se používají k ošetřování nemocných. U iritačních, neboli dráždivých dermatitid, se setkáváme, že příčinou vzniku jsou dezinfekční prostředky. Mezi další faktory vzniku dermatitid patří časté mytí a sušení rukou. Nejčastějším místem poškození jsou ruce, ale nevylučuje se vznik erythrodermy, která postihuje celé tělo (Meredith, 2002).

## **3.2 Psychické problémy**

Psychické poruchy mohou souviset s profesním zaměřením, neb pracovní zátěž a psychické vypětí v dlouhodobém horizontu výrazně zatěžuje psychiku a může vést k psychickým onemocněním (Vévoda, 2013).

### **3.2.1 Stres v práci**

Stres je negativní stav, který ovlivňuje zdraví jedince, jeho pracovní výkonnost a jeho myšlení. Se stresem úzce souvisí napětí. Vyjadřujeme tím emocionální stav člověka v náročné životní situaci. Stres se objevuje v životních situacích, kdy na člověka působí negativní faktory, kterým říkáme stresory. Důležitý je poměr mezi intenzitou stresorů a schopnostmi situaci zvládnout. V životě se setkáváme nejen s negativními životními faktory, ale také s pozitivními faktory, tzv. salutory. Salutory pomáhají náročné situace zvládnout. Příkladem salutorů je uznání či pochvala (Křivohlavý, 2009).

Vzájemné vztahy na pracovišti jsou faktorem, který který ovlivňuje působení stresu na zdravotnické pracovníky. Vztahy na pracovišti mohou mít kladný i záporný vliv na jedince. Ke kladným vlivům řadíme vzájemnou oporu, která se vyskytuje na pracovištích s dobrým kolektivem, oproti tomu konflikty a nedostatečná podpora jsou ukázkou špatných mezilidských vztahů na pracovišti. Dalším stresorem je čas. Pokud je k vykonání určité práce času nedostatek, dostává se člověk do časového stresu. Při dlouhodobějším působení stresu, dochází k narušení zdraví jedince, který je tomuto negativnímu vlivu vystavován. Na zdravotnických pracovištích musí zaměstnanci nést velkou míru odpovědnosti. Zdravotníci pracovníci jsou ve svém zaměstnání stále pod tlakem a výsledné působení můžeme vidět například v podobě vzniku onemocnění, jako je hypertenze, diabetes, žaludeční vředy (Křivohlavý, 2009).

Předpokladem k zachování zdraví je umět zvládat stresové situace. Mezi možné strategie a postupy zvládání stresu je nacházení pozitivních stránek situací nebo snaha vyhnout se stresové situaci. Mezi nejčastější reakce na zvládání stresu patří reakce v podobě uklidňování, utíkání, sebeovládání, distancování se od složitého děje, hledání řešení problému nebo přijetí zodpovědnosti. K důležitým podmínkám zvládání stresu patří snížit zátěž toho, co stres přináší, zlepšit si své životní podmínky a zachovat si svůj emocionální klid. Pomoci mohou relaxační techniky, ale i kladné rodinné zázemí (Křivohlavý, 2009).

### 3.2.2 Syndrom vyhoření

*„Burnout syndrom neboli syndrom vyhoření je definován jako stav emocionálního vyčerpání a depersonalizace, či ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí vedoucí k poklesu efektivity práce. Není výsledkem izolovaných traumatických zážitků, ale objevuje se postupně a nenápadně jako důsledek dlouhodobého psychického vyčerpání souvisejícího především s intenzivním kontaktem s pacienty. Souvisejícími spouštěči syndromu vyhoření jsou dlouhodobý chronický stres, permanentní časový tlak a vysoké emoční napětí.“ (Ptáček, Bartůňek, 2011, s. 481)*

Stav vyhoření může postihnout kohokoliv. Většinou se jedná o lidi nadšené pro svou práci, vytrvalé, cílevědomé a úspěšné. Postihuje lidi zdravé, bez známek duševní a emocionální poruchy (Rush, 2003). Syndrom vyhoření se vyskytuje zejména u pomáhajících profesí. Právě mezi takové profese patří povolání sestry, které je psychicky náročné. Sestra v určitých situacích přebírá problémy pacientů, snaží se

uspokojit jejich potřeby a tím odsunuje své vlastní potřeby do ústraní (Venglářová, Hermanová, Šrámková 2007).

Práce sestry je vysoce odpovědná a hlavní motivací v této práci nikdy není finanční odměna.

*„Hodnota vykonané práce je prakticky nevyčíslitelná, a možná i proto je nedostatečně oceněná. Pracovní úspěch se zde často měří morálními a duchovními hodnotami- i toto je důvod, pro který hrozí sestrám vyhoření.“ (Venglářová a kol., 2011, s. 38)*

Pro spokojený život člověka je důležitá rovnováha a určitá vyrovnanost, a pokud tuto vyrovnanost člověk ztrácí, může být následkem právě stav vyhoření. U lidí prožívajících stav vyhoření je nejčastější příčinou rychlé tempo, které nejsou schopni zmírnit a neschopnost odpočívat. Lidé s velmi rychlým tempem a neustálým pracovním nasazením označujeme pojmem workholic. Jsou to lidé výkonní a energičtí, kteří se snaží všechny problémy řešit sami. Rychlé pracovní tempo si workoholici často ani neuvědomují. Tito lidé v sobě mají zakotvenou potřebu úspěchu, která je žene kupředu. V pracovním kolektivu se o svou práci nedělí a ukazují tím, že vše zvládnou sami. Jejich energie se postupně vytrácí a člověk je na nejlepší cestě k emocionálnímu a fyzickému vyčerpání. Jejich špatný tělesný stav pak může signalizovat, že se objevila jedna z hlavních příčin syndromu vyhoření (Rush, 2003).

Syndromu vyhoření se dá předcházet, velmi důležitá je již zmíněná životní vyrovnanost a snaha o minimalizaci působení stresových faktorů. Stresové situace a zatěžující okolnosti člověka v životě potkávají snadno, ale radostné okamžiky bývají cennější, jelikož nepřicházejí v takové míře. Je proto nutné o chvíle, které nás v životě naplňují usilovat (Venglářová a kol., 2011). Syndromu vyhoření můžeme předcházet rozhovorem s dobrými přáteli, odreagováním se sportem, pobytem ve společnosti, tělesnou prací, smíchem či pouhým pláčem. Důležité je nezanedbávat své osobní zájmy a koníčky, které nás činí šťastnými, a práci oddělit od soukromého života (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Uspořádání svého žebříčku hodnot, kdy si každý člověk uvědomí, co je pro něj podstatné více a co méně, je důležité pro prožití smysluplného života (Křivohlavý, Pečenková, 2004). Změny, které v životě provedeme, by nás měly posunout dopředu a tím i udržovat naši rovnováhu. Každou změnou by si člověk měl uvědomit své priority a zamyslet se nad všemi oblastmi svého života. Podstatné je zařazení nových aktivit

a zájmů do volného času. Tímto způsobem se pak vyhneme každodenní životní rutině, která ze života odstraňuje motivaci a nadšení (Rush, 2003).

## 4 Zdravý životní styl

### 4.1 Definice zdraví

O slově zdraví se z etymologického původu dozvídáme, že znamená „celek“. Dnes se k pojetí zdraví jako celku vracíme ve směru, který se nazývá holismus. Název je odvozen od anglického slova „whole“, což je v překladu celek. Holistická teorie říká, že fungování lidského organismu ovlivňují vnitřní i vnější faktory, například strava, pití, tělesné cvičení, emoce a stres (Křivohlavý, 2009).

S obdobným pojetím zdraví se setkáváme i v jiných jazycích. Například řecké slovo „ischio“ znamená být zdravý a silný nebo další řecký termín „holokteria“ představující dokonalé zdraví. Velmi užívaným výrazem mezi lidmi byl „sothein“. Význam slova „sothein“ se dá přeložit do tří rovin. První rovina vystihuje záchranu člověka, který se ocitl v nebezpečí života. Druhý význam je pochopen jako pomoc člověku, který se potřebuje stát opět „celým“, a to jak po stránce tělesné, tak i duševní. Posledním vyjádřením slova „sothein“ je uzdravení nemocných lidí. K dalšímu pojmu zdraví patří známé hebrejské slovo „šalom“ vystihující celé zdraví, vnitřní klid a mír člověka. Toto hebrejské slovo se používá dodnes, a to při setkávání a loučení, kde si lidé navzájem přejí „šalom“, jako nejdůležitější věc v životě, slouží i jako pozdrav (Křivohlavý, 2009).

Dnes se setkáváme s širokým pojetím pojmu zdraví. Některá pojetí zdraví se až příliš zaměřují na fyzický stav člověka, jiná jsou schopna vidět zdraví jako zboží. Pro lepší orientaci použijeme nejznámější rozdělení teorií zdraví dle Seedhouse (1995), který teorie dělí do čtyř skupin (Křivohlavý, 2009).

První teorie nahlíží na zdraví jako na ideální stav, kdy je člověku dobře „wellness“. Druhá teorie chápe zdraví jako normální, dobré fungování označované jako „fitness“. Třetí teorie chápe zdraví jako zboží. Čtvrtá teorie se zaměřuje na zdraví z pohledu určitého druhu „síly“. Nahlédneme-li detailněji na tyto teorie a vrátíme-li se k první, která chápe zdraví jako ideální stav, naskytne se nám zde možnost seznámit se s nejznámější definicí zdraví, vydanou Světovou zdravotnickou organizací (WHO) (Křivohlavý, 2009).

*„Tato definice v originálu (Constitution of WHO z roku 1946) říká: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and*



*infirmity“.* „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“ (Křivohlavý, 2009, s. 37)

Definice zdraví dle WHO pohlíží na zdraví komplexně. Řeší otázku fyzického, duševního i sociálního zdraví. Jelikož je tato definice brána za nepraktický ideál zdraví, existuje na ni mnoho kritiky. Další teorii, která je dnes velmi rozšířená definuje zdraví jako schopnost dobrého fungování (fitness). Slovem „fitness“ se rozumí být v dobré kondici a mít dobré jak tělesné, tak duševní zdraví. Odlišným pohledem na zdraví se zabývá teorie, která se dívá na zdraví jako na zboží. Zde se zdraví stává zbožím a my si ho kupujeme ve formě léků v lékárně nebo ve formě zákroků u lékaře. Jinou teorií zdraví, která je používána v různých kulturách již dlouho, je teorie, jejíž hlavním znakem je síla. Jako upřesnění druhu síly lze považovat sílu fyzickou i psychickou. Pokud se člověku dostává těchto sil více, jsme schopni čelit problémům a snadněji zvládat těžkosti. Každý člověk má v sobě vnitřní sílu, která nám umožňuje dosahovat vyšších cílů. Této vnitřní síle lze říkat například elán, vitalita nebo metafyzická zdravotní síla (Křivohlavý, 2009).

Pro každého člověka je žádoucí být zdravý, jelikož většina lidí má různé životní cíle a chce jich dosáhnout. V tomto případě je zde zdraví chápáno jako důležitý prostředek k dosažení těchto cílů. O své zdraví je nutno pečovat, upevňovat ho a klást důraz na zdravý životní styl (Křivohlavý, 2009).

## **4.2 Zdravá výživa**

Výživa ovlivňuje vývoj a zdraví člověka. Tělesná i duševní zdatnost organismu závisí na skladbě přijímané potravy. Potrava je zdrojem látek, nezbytných pro stavbu nových tkání a pro správnou funkci organismu.

Vliv výživy lze sledovat na vývoji jedince ještě před jeho narozením. Ženy v těhotenství by měly navýšit příjem základních živin, jelikož nedostatek by pak mohl vést k vážným poruchám plodu během nitroděložního vývoje. Nevhodné složení potravy u dětí, může způsobit snížení obranyschopnosti organismu, zvýšenou kazivost zubů nebo obezitu. Proto je důležité věnovat pozornost skladbě potravy v podobě přísunu plnohodnotných živin, jako jsou bílkoviny, vitaminy a minerály. Přísun

plnohodnotných živin v potravě je potřeba i v dospělosti, kdy výživa slouží také jako zdroj energie (Marádová, Středa, Zima, 2010).

Pro lepší orientaci ve výběru potravin, byly vypracovány různé typy výživových pyramid. (viz příloha č. 2) V pyramidách jsou potraviny voleny tak, aby byla zajištěna přiměřená denní dávka bílkovin, tuků, sacharidů, vitaminů a minerálních látek. Potraviny, které by se měly konzumovat nejčastěji a ve vyšších dávkách, jsou umístěny v základně pyramidy (zelenina, ovoce, celozrnné pečivo). V druhém patře pyramidy jsou vyobrazeny potraviny jako například rybí maso, mléčné produkty, rýže. Směrem k vrcholu pyramidy se objevují potraviny méně důležité, bez kterých je možno se obejít (brambory, kuřecí maso, alkohol) Na úplném vrcholu pyramidy jsou umístěny potraviny, které našemu zdraví spíše škodí (cukrovinky, máslo, sladké nápoje, párky). Pyramida bere v potaz i řazení potravin v každém patře, přičemž vhodnější potraviny se vyskytují v její levé části (Kunová, 2011).

Existují tři základní živiny, které jsou pro tělo velmi potřebné. Patří mezi ně bílkoviny, tuky a sacharidy. Dle oficiálních doporučení, by ve výživě zdravého člověka měly sacharidy tvořit 50-60 energetických %, tuky 30-35 % a bílkoviny 10-20 % (Kunová, 2011).

Bílkoviny (proteiny) patří mezi živiny, které jsou pro člověka nepostradatelné. Zajišťují stavbu a obnovu tkání, která by bez dodání bílkovin do těla nebyla možná. V těle probíhá tvorba enzymů, které organismus produkuje z bílkoviny. V nouzi organismus čerpá ze zásob bílkovin, aby tělu dodal energii. Pro dodržení optimálního denního příjmu bílkovin je potřeba konzumace bílkovin v množství 1- 1,5 gramů na kilogram tělesné hmotnosti. Mezi potraviny s vysokým obsahem bílkovin patří: sójové maso, olomoucké tvarůžky, tvaroh, pšeničné klíčky, krůtí prsa, luštěniny, parmezán, arašídý, slunečnicová semínka (Kunová, 2011).

Další důležitou součástí výživy jsou tuky. Jsou to sloučeniny mastných kyselin a glycerolu. Mastné kyseliny dělíme na nasycené a nenasycené. Nasycené mastné kyseliny působí na organismus nepříznivě tím, že zvyšují hladinu cholesterolu v krvi. Nenasycené mastné kyseliny se dále dělí na mononenasycené a na polynenasycené. Mononenasycené mastné kyseliny působí na zdraví kladně tím, že snižují LDL (nizkokenzitní lipoprotein), který je pro zdraví nebezpečný. Setkáváme se s nimi v olivovém oleji, olivách, avokádu nebo v ořechách. Polynenasycené mastné kyseliny si tělo neumí vyrobit samo, a proto je nutný jejich příjem ze stravy. Najdeme je v rostlinném oleji a v tucích, které jsou obsaženy v rybím mase. Tuky organismus

potřebuje nejen jako zdroj energie, ale jsou potřeba i pro vstřebávání některých vitaminů, které jsou rozpustné v tucích (vitaminy A, D, E, K). Denní příjem tuků by se měl pohybovat v rozmezí šedesáti až osmdesáti gramů, což činí 30 % z celkového denního příjmu energie (Kunová, 2011).

Živina, která tělu dodává největší část energie, se nazývá sacharid. Sacharidy se dělí dle své struktury a následného využití do tří skupin. V první skupině jsou jednoduché sacharidy, které lze označit jako cukry, patří sem hroznový cukr- glukóza, ovocný cukr- fruktóza, mléčný cukr- laktóza a sacharóza, čili řepný cukr. Spotřeba sacharózy v populaci vzrůstá i přesto, že ji tělo nepotřebuje a může se bez ní zcela obejít. K druhé skupině sacharidů, které naopak tělo potřebuje, patří složité sacharidy, někdy nazývané jako polysacharidy. Polysacharidy se nacházejí v luštěninách, obilovinách, ovoci, zelenině a v bramborách. Na rozdíl od jednoduchých sacharidů dokážou polysacharidy po štěpení udržet stálou hladinu cukru v krvi. Poslední skupinou jsou oligosacharidy, které nejsou pro tělo nějak zásadně přínosné. Doporučuje se dosáhnout příjmu 50 až 500 gramů sacharidů za den. Většina lidí ovšem toto rozmezí překročí. U dlouhodobějšího nadměrného příjmu sacharidů může vzniknout porucha glukózové tolerance nebo až diabetes melitus. Konzumace potravin, jako jsou maso, sýry, vejce, zelenina, mléko, obiloviny a rýže, v nichž se nachází minimální množství sacharidů, je pro zdraví prospěšná (Kunová, 2011).

Vitaminy a minerální látky potřebuje naše tělo v menším množství než základní živiny, ale i přesto je jejich význam důležitý. Tělo si nedokáže vitaminy vyrobit samo a je zcela odkázané na jejich příjem z potravy. Nedostatek vitaminů se označuje jako hypovitaminóza. Existují dva typy vitaminů. Jedny jsou vitaminy rozpustné v tucích- vitamin A, D, E, K a druhé jsou vitaminy rozpustné ve vodě- vitaminy skupiny B a C. Vitaminy rozpustné ve vodě je třeba tělu dodávat denně. Oproti tomu u vitaminů rozpustných v tucích si tělo umí vytvářet jejich zásobu, takže není třeba je doplňovat každodenně. Potřebné je i dodávání minerálních látek organismu. Důležité je zásobovat tělo vápníkem, hořčíkem, fosforem, draslíkem, sodíkem, sírou a chlórem. V menším množství tělo potřebuje železo, měď, zinek, jód, selen, fluor a chrom (Kunová, 2011).

### 4.3 Pitný režim

Organismus obsahuje 42- 45 litrů vody, což činí 70 % z celkové tělesné hmotnosti (Marádová, Středa, Zima, 2010).

Voda je nejdůležitější součástí výživy. Množství, které člověk potřebuje, je ovlivňováno např.: věkem, fyzickou aktivitou, tělesnou hmotností, pohlavím, teplotou prostředí a celkovým stavem organismu. Člověk nedokáže přežít bez vody déle než 2-3 dny a proto je dodržování pitného režimu velmi důležité. Základní tekutinou by měla být čistá neperlivá voda. Dospělý člověk by měl vypít 20-40 ml tekutin na 1kg tělesné hmotnosti za 24 hodin. Pití je nutné rozložit do průběhu celého dne a po menších dávkách (Čeledová, Čevela, 2010).

Pokud má tělo nedostatečný přísun tekutin, dochází k dehydrataci organismu. Indikátorem dostatečného příjmu tekutin je barva moči, která by měla být vždy světle žlutá. Tmavější barva moči pak může signalizovat nedostatek tekutin v organismu. Projevem dehydratace jsou bolesti hlavy, pokles fyzické i psychické aktivity, nesoustředěnost, vysoký krevní tlak, pocity slabosti až nevolnosti. U chronického nedostatku tekutin může dojít až k poškození ledvin. K poškození organismu může docházet také při nadměrném zásobení organismu tekutinami. Přehnaná až nadměrná konzumace tekutin, kdy se člověk stává závislým na pití tekutin, je označována pojmem aquaholik (Kunová, 2011).

V dnešní době se nám nabízí mnoho zdrojů k přísunu tekutin, ze kterých si lze vybrat. K dispozici je nejen pitná voda z kohoutku, ale také pramenité vody a minerální vody. Všechny tyto možnosti jsou pro zdraví mnohem perspektivnější než pití džusů, limonád, energetických či alkoholických nápojů. Nejjednodušší volbou je pitná voda z kohoutku, která je nejlevnější a nejdostupnější. Ovšem v některých oblastech je pití vody z kohoutku nemožné. Jedním z důvodů je složení vody, které nevyhovuje normám, a druhým důvodem se stává špatné senzorické hodnocení vody. Máme na výběr i vody minerální, které jsou navíc obohaceny minerálními látkami. Při výběru minerálních vod je třeba dbát na množství minerálních látek, které by ve větším množství mohly negativně působit na zdraví (Kunová, 2011).

Velkou pozornost je třeba věnovat množství sodíku, který při nadměrných konzumacích může vést k rozvoji arteriální hypertenze. Doporučený příjem sodíku na den je 1,7- 2,3gramů. Sodík patří k nejdůležitějším minerálům, které v minerálních

vodách můžeme naléznout. Dále patří mezi důležité minerály hořčík a vápník (Kunová, 2011).

Vhodnou variantou k doplnění tekutin je čaj. Rozeznáváme mnoho druhů čajů. K nejrozšířenějšímu a zároveň nejzdravějšímu patří čaj zelený. Zelený čaj je považován na rozdíl od černého čaje za zdravější. Z čajových lístků se ztrácí prospěšné polyfenolické látky procesem fermentace. Čaj má na zdraví člověka blahodárné účinky, brání rozvoji kardiovaskulárních nemocí, diabetu melitu a vzniku rakoviny tlustého střeva. Pokud ovšem do čaje přidáme mléko, dle anglického vzoru, ochranný účinek čaje se ztrácí. Důvodem ztráty působení pozitivního účinku v čaji je působení mléčného cukru- laktóza. U žen lze pitím zeleného čaje předcházet vzniku osteoporózy (řidnutí kostní hmoty) (Vítek, 2008).

Dalším nápojem je mléko, které je nutričně velmi bohaté. V mléce se nacházejí bílkoviny, vápník, hořčík, draslík, železo, zinek, vitaminy skupiny A i B a kyselina listová. Doporučená denní dávka mléka je 500 ml, nejlépe nízkotučného mléka. Při zvýšeném příjmu mléka či mléčných výrobků studie prokazují pozitivní výsledky prevence u kardiovaskulárních onemocnění, diabetu melitu, obezity a metabolického syndromu. Je důležité nezapomínat na to, že většina pozitivních účinků platí pouze v případě, že dochází ke konzumaci mléka se sníženým obsahem tuků (Vítek, 2008).

Nabízí se otázka, zda máme pít kávu, která je dle některých zdrojů vůči zdraví škodlivá a dle jiných má pozitivní antioxidační účinky (u kvalitní kávy). Právě tyto antioxidačně působící látky jsou zodpovědné za prevenci vzniku diabetu melitu. Mezi takto účinné látky řadíme hlavně flavonoidy a látky polyfenolické. Blahodárně káva působí i na játra, kde snižuje až o 40 % výskyt rakoviny jater. Pokud chceme pozitivní účinek kávy, musíme dbát na vypité množství kávy, které by nemělo přesahovat šest šálků kávy za den. Je třeba si uvědomit, že pití kávy má také negativní účinky, jako je zvýšení krevního tlaku a hladiny LDL cholesterolu. Pozitivní účinek pití kávy na zdraví platí jen v případě, že pití kávy není nadměrné a káva není dochucována cukry nebo mléčnými produkty (Vítek, 2008).

## 4.4 Pohybová aktivita

Pohyb je nedílnou součástí našeho života a měl by být zařazen do každodenního rozvrhu všech lidí. Udává se doporučená denní doba pohybové aktivity v rozmezí 20-30 minut. Současné poznatky upozorňují na fakta, která ukazují, že 70 % světové populace trpí nedostatkem pohybu. Prospěšnost pohybové aktivity můžeme vidět například u onemocnění srdce. Intenzivní pohybové aktivity jednou týdně po dobu jedné hodiny sníží riziko onemocnění srdce o 30 %. K dalším prospěšným účinkům pohybu patří snížení vzniku arteriální hypertenze, snížení rozvoje rakoviny tlustého střeva, prsu a rakoviny prostaty. Pohybová aktivita zabraňuje vzniku osteoporózy, snižuje množství nežádoucích triglyceridů v krvi a pozitivně působí na psychiku snížením výskytu depresí (Vítek, 2008).

Z fyziologického hlediska existuje pět druhů cvičení. Izometrické cvičení je prvním a využívá tlaku proti pevné překážce. Toto cvičení se zaměřuje na získání svalové síly. Druhým je izotonické cvičení, které pracuje jak s pohybem kloubů, tak se stahováním svalů. Nejznámějším příkladem je zdvihání činek. Podobným cvičením je izokinetické cvičení, které navíc počítá s regulací odporu. Můžeme se s ním setkat v tělocvičnách a posilovnách. Čtvrtým cvičením je anaerobické, které využívá krátkodobého výkonu, kdy spotřeba kyslíku zůstává v normálních mezích. Jsou to například atletické závody s během na krátkých tratích. Posledním je aerobické cvičení, které je charakterizováno dlouhodobě zvýšenou spotřebou kyslíku. Při tomto cvičení dochází ke zvýšené činnosti srdce, a tím k docílení zrychlení srdečního tepu. Srdeční tep je třeba udržet ve zvýšeném intervalu po dobu dvaceti až třiceti minut (Křivohlavý, 2009).

Pro efektivní aerobní cvičení je důležitý výpočet ideální tepové frekvence, ve které by měla pohybová aktivita probíhat. Nejdříve se vypočítá maximální srdeční frekvence, které docílíme tím, že odečteme od čísla 220 svůj věk. Pak se tento výsledek, který značí maximální srdeční frekvenci, musí odečíst od klidové srdeční frekvence. Klidovou srdeční frekvenci je nejlepší měřit hned ráno po probuzení. Výsledné číslo značí rezervu srdeční frekvence, které vynásobíme cifrou 0,70 a k výsledku přičteme hodnotu naší klidové srdeční frekvence. Při pohybové aktivitě je dobré se řídit výslednou hodnotou (Vítek, 2008).

K nejznámější a nejčastější pohybové aktivitě patří chůze. Vyskytuje se v běžném životě každého člověka. V dnešní době se stal hitem takzvaný nordic walking. Tento typ chůze se využívá zejména při turistice a velmi oblíbený je u starších lidí, kdy pro ně představuje větší oporu. Chůze zlepšuje náladu, celkově působí pozitivně na psychiku, zabraňuje zácpě a problémům s nespavostí. Mezi další aktivity patří jízda na kole. Spadá pod aerobní aktivity a má blahodárné účinky pro snížení onemocnění srdce a cév. Další aktivitou je plavání. Plavání zapojí do pohybu celé tělo a přitom šetří pohybový aparát a má pozitivní účinky na kardiovaskulární ústrojí. Náročnější fyzickou aktivitou je běh, který je výborným pomocníkem při snižování tělesné hmotnosti. Běh zajišťuje rychlé spalování kalorií, vylepšuje hladinu HDL cholesterolu a triglyceridů v krvi a snižuje krevní tlak. Tělu prospěšné jsou i jiné aktivity, jako například jízda na kole, turistika, posilování, aerobik, atd (Vítek, 2008).

Poslední dobou se stalo velmi používaným výrazem slovo „fit“, které se dá přeložit jako vhodný, schopný nebo v dobré kondici a v dobrém zdravotním stavu. Podobný význam má slovo „fitness“, které je dnes též často používáno. Podle překladu se jedná o dobré zdraví a dobrou tělesnou kondici. Dobrou tělesnou kondici je třeba udržovat. Studie uvádí, že z celkového množství cvičících po šesti měsících zůstalo sportu věrných jen 30 % lidí. Lidé mají příliš malou motivaci a často se k nedostatku pohybové aktivity přičiní i vliv sedavého zaměstnání (Křivohlavý, 2009).

## 4.5 Spánek

Na spánek se už i dříve nahlíželo jako na něco velmi důležitého a rozhodujícího. Spánek je neoddělitelnou součástí života, kdy si tělo odpočine a zároveň načerpá energii do dalšího dne. Během spánku se střídají dvě fáze - REM a non-REM. Fáze, v níž se zdají sny, nazýváme REM. Tento snový stav je pro zdraví nezbytný. Sny jsou pro nás určitou strategií, kdy řešíme minulost i budoucnost. Mozek také třídí zkušenosti z předchozího dne. Fáze non-REM má čtyři stádia. Prvním stádiem je přechod mezi bdělostí a spánkem, který je lehký a člověk ještě reaguje na oslovení. Po této fázi nastává středně hluboký spánek, kdy už člověk na oslovení nemusí reagovat. Ve třetím a zejména čtvrtém stádiu pak nastává velmi hluboký spánek. V tomto stádiu dochází ke

snížené spotřebě kyslíku, sníží se srdeční aktivita i tepová frekvence a nastává doba největší regenerace organismu (Borzová, 2009).

Pokud by docházelo k delšímu zkracování doby spánku, mohly by se začít objevovat poruchy soustředění, točení hlavy nebo žaludeční nevolnost. Postupně by se člověk cítil unaven s následným celkovým snížením své výkonnosti. Nedostatek spánku zasahuje i v procesu ukládání paměťových stop, jelikož ve spánku, hlavně v REM fázi, se fixuje paměťová stopa a zároveň se posiluje paměť. Kolik spánku člověk potřebuje? Tato potřeba je zcela individuální. U dospělého člověka by se průměrná doba spánku měla pohybovat kolem osmi hodin a s narůstajícím věkem se potřeba spánku mění. Ve stáří se doba spánku zkracuje a přibývá poruch spánku. Člověku je přírodou dáno být aktivní přes den a v noci odpočívat. Povolání sestry s sebou přináší směnný provoz a hlavně noční směny. Ne každý je schopen noční směny tolerovat. Schopnost adaptace na noční směny se s narůstajícím věkem zhoršuje. Pro organismus je vhodnější střídání směn po dvou dnech než v delším intervalu. Během nočních směn se spánek zkracuje o tři až čtyři hodiny za čtyřicet hodin. Tělo se tedy lépe vypořádává ve dvou dnech s touto spánkovou deprivací, nežli při deprivaci trvající více dnů. Pokud na sobě člověk pocítuje známky spánkového deficitu, jako je únava, ospalost, snížení výkonnosti, poruchy soustředění, může si v odpoledních hodinách dopřát krátkého, regeneračního spánku (Borzová, 2009).

## 4.6 Kouření

Kouření je velkým rizikovým faktorem, který ohrožuje lidské zdraví. Je to návyková forma chování, která ovlivňuje člověka fyziologicky, psychologicky i sociálně. Na otázku proč lidé kouří, můžeme odpovědět různě. U některých lidí lze brát v potaz fakt, že prvotním důvodem ke kouření je vliv jiných kuřáků. Další příčinou, proč lidé začínají kouřit, je stres. Kouření většinou přináší člověku pocit zvládnutí stresu a snižuje napětí a úzkost. To vše jsou pouze krátkodobé vlivy, které velmi rychle vystřídají negativně působící dlouhodobé vlivy, jako je například riziko kardiovaskulárního onemocnění či možný vznik rakoviny (Křivohlavý, 2009).

Složení cigarety jasně ukazuje, že kouření negativně ovlivňuje zdraví jedince. V cigaretě se nacházejí látky, jako jsou: nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak,



nitrosaminy, formaldehyd, kyanid a arzenik. Mnoho těchto látek je rakovinotvorných nebo jedovatých. Návyková látka, která se rychle vstřebává a do sedmi sekund od vdechnutí je již v mozku, se nazývá nikotin. U kuřáků jsou při poklesu hladiny nikotinu v krvi vidět abstinenční příznaky v podobě špatné nálady, podrážděnosti, neschopnosti se soustředit, úzkosti, nervozity, zvýšené chuti k jídlu a hlavně chuť na další cigaretu. Mezi účinky nikotinu patří zvýšený krevní tlak, zrychlená srdeční činnost a stažení cév. Kuřáci jsou proto rizikovější skupinou pro vznik kardiovaskulárního onemocnění. Závažným problémem je usazující se dehet v plicích, který je součástí tabákového kouře a má za následek nejen rakovinu plic, ale také rakovinu hrtanu, dutiny ústní nebo jícnu. Tabákový kouř poškozuje také dutinu ústní. Kostní hmota se v okolí zubů snižuje a tím dochází k viklavosti zubů. Tento stav je ovlivněn počtem vykouřených cigaret za den, hloubkou vdechovaného kouře a celkovou dobou, po kterou dotyčný kouří (Machová, Kubátová, 2009).

I nekuřáci se mohou stát obětí cigaretového kouře, a to při nedobrovolném vystavování se kouři, tzv. pasivním kuřáctví. Uvádí se, že jedna hodina v zakouřeném prostředí se rovná vykouření patnácti cigaret. Kouření tedy zdraví prospěšné není a prevencí je nikdy nezačít s kouřením cigaret. Pokud už člověk propadl závislosti na cigaretě, má možnost začít s odvykáním, které se doporučuje na šest až dvanáct měsíců. Odvykání se poté prověřuje biochemickým testem. Je zde ještě možnost aplikování nikotinu jinou cestou než cigaretou, například nikotinovými žvýkačky či náplastmi. Lidé by měli mít na paměti, že zanechání kouření má na tělo kladný vliv a hlavně předchází vzniku již zmíněným onemocněním (Machová, Kubátová, 2009).

## **4.7 Relaxace**

Slovo relaxace pochází z latinského „relaxare“, které se dá přeložit jako „re“ - znovu a „laxus“ -volný. Uvolňování se provádí jak v oblasti psychické, tak fyzické. K uvolňování jsou použity relaxační techniky, které se vyskytují už po staletí. Některé techniky jsou zaměřené na postupné uvolňování jednotlivých skupin svalů, které se následně projeví i v psychickém uvolnění. Velmi oblíbeným relaxačním cvičením je meditace, která má pozitivní vliv na psychickou vyrovnanost. Relaxovat se dá pomocí imaginárního zobrazování. Tato metoda využívá konkrétní představy jedince o klidném

místě. Pro některé lidi to může být například příjemná scénka u moře nebo obraz horské přírody. Tato forma relaxace umožní myslet pouze na jednu určitou situaci a problémy či starosti jdou do povzdálí (Křivohlavý, 2009).

K velmi jednoduché metodě, jak si odpočinout, patří procházka. Ideálním případem je možnost opustit město a vydat se do přírody. V přírodě je velkým pomocníkem relaxace svěží vzduch, ticho nebo samotné zvuky zvířat. V těchto chvílích je zapotřebí odsunout všechna trápení a starosti, nemyslet na konflikty a pouze čerpat energii z krásy přírody. Pokud chceme, aby relaxace byla dokonalá, můžeme zapojit ještě jednu techniku, dýchání. I přesto, že je dýchání samovolné, je naší vůlí ovlivnitelné. Důležité je zaměření na hluboké brániční dýchání a na pomalou frekvenci dýchání (Křivohlavý, 2009).

Mezi další relaxační techniky patří svalová relaxace, pomocí které lze uvolnit svaly celého těla. Uvádíme autogenní relaxační trénink dle profesora J. H. Schultze, který se věnuje klasickému uvolňování svalového napětí, principu autosugestivního navozování představ, ovládání vnitřních orgánů, mentálního navozování klidu a pravidelnému dýchání. Cílem cvičení je svalové uvolnění, zlepšování koncentrace, zdokonalení sebekontroly a snížení bolesti. Před poslední uvedenou technikou je Jacobsonova progresivní relaxace. Metoda se zaměřuje na rozpoznání a následné odstranění nahromaděného napětí. Toto napětí dle Jacobsona přetrvává ještě delší dobu po skončení činnosti, která napětí vyvolala. Principem je soustředění se na pocity napětí a následné uvolnění určité partie těla, kterou může být i vnitřní orgán (Křivohlavý, 2009).

Velmi příjemnou relaxační metodou je aromaterapie. Účinek esenciálních olejů je na organismus léčivý. Vstřebávání esenciálních olejů přes pokožku trvá 30 minut, kdy olej působí blahodárně několik hodin až dnů. Esenciální oleje mají antibakteriální a antiseptický účinek, a to zejména při jejich čichání nebo při použití vonných sprejů. Aromaterapie se užívá u masáží, kdy se díky esenciálním olejům zintenzivní relaxace a sníží se napětí, stres a bolesti svalů. Aromaterapie blahodárně působí na nervovou soustavu, snižuje krevní tlak, uklidňuje dýchání a relaxuje svalstvo (Kelarová, Matějková, 2008).

## 5 Sestra a její rodina

### 5.1 Nukleární rodina

Člověk je od svého narození až do smrti členem lidského společenství. Nejvýznamnější lidskou součástí je rodina. Rodina ovlivňuje psychiku člověka i poté, co jedinec opustí společné rodinné bydlení. Nukleární rodina působí na chování člověka a formuje jeho osobnost. K hlavním znakům rodiny patří vzájemná propojenost a komunikace se všemi členy rodiny (Vymětal, 2003).

*„Rodina poskytuje svým členům domov. Její kvalita se promítá do zdravotního stavu příslušníků rodiny a souvisí s prevencí, etiopatogenezí, léčbou a rehabilitací zdravotních obtíží. Rodina je dynamický systém usilující o aktivní rovnováhu. (Vymětal, 2003, s. 109)*

### 5.2 Partnerské vztahy

Podmínkou kvalitního soužití je vzájemné porozumění a shoda obou partnerů v životních názorech. Je důležité, aby k sobě oba partneři udržovali respekt a úctu. Otevřenost a upřímnost je další podmínkou pro společné soužití. Oba partneři rozhodují o podstatných věcech společně a to na základě předchozí diskuze. Náročné situace či nedorozumění řeší partneři bez dlouhého odkladu a s vůlí se dohodnout. Kvalitní vztah mezi partnery lze charakterizovat jako vztah, kdy je jeden partner druhému cílem a ne pouze prostředkem, který slouží k uspokojování vlastních potřeb (Vymětal, 2003).

*„Lidé žijící ve velmi dobrém vztahu si mají po letech manželství stále co říci, protože jako dvě samostatné a plnohodnotné bytosti si udržují také svůj vlastní svět, svá soukromí, jež se vzájemně překrývají, ale nesplývají. Bylo zjištěno, že kvalita vztahu a jeho stabilita je lepší v otevřeném manželství, kdy se manželé navzájem nekontrolují a důvěřují si.“ (Vymětal, 2003, s. 92)*

## **6 Výzkumná část**

### **6.1 Cíle práce a výzkumné předpoklady**

**Cíl 1:** Zjistit, zda povolání sestry negativně ovlivňuje zdraví sester.

**Cíl 2:** Zjistit, zda u sester nad 40 let bude více somatických dopadů na zdraví v důsledku jejich profese. (Vazba na poznatky z vývojové psychologie.)

**Cíl 3:** Zjistit, zda je vliv povolání rozdílný u sester na ambulanci a na lůžkovém oddělení.

#### **Výzkumné předpoklady:**

1. Předpokládáme, že povolání sestry negativně ovlivňuje její zdraví.
2. Předpokládáme, že více somatických dopadů na zdraví bude u sester nad 40 let v důsledku jejich profese. (Vazba na poznatky z vývojové psychologie.)
3. Předpokládáme, že silnější negativní vliv povolání sestry je na lůžkovém oddělení.

### **6.2 Metodika výzkumu**

K výzkumnému šetření byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Pro získání dat byl použit dotazník, který vznikl v prosinci roku 2013 pod odborným vedením. Dotazník byl zcela anonymní a byl určen sestrám na ambulancích a na lůžkových typech oddělení. Dotazník obsahoval úvodní údaje, představení se respondentům, a informace o záměru a obsahu bakalářské práce a účelu jeho použití.

Celkem bylo v dotazníku uvedeno 25 otázek. U dvou otázek měli respondenti možnost otevřené odpovědi. Uzavřených otázek, u kterých existovalo více možností, ze kterých si respondenti mohli vybírat, bylo 9. U zbylých otázek se odpovídalo pomocí možnosti ano/ne, kdy u odpovědi ano byla možnost dalšího výběru či volné odpovědi. Možnost volné odpovědi se respondentům nabízela u otázek č.: 17, 18, 19, 20, 22.

Respondenti nejprve odpovídali na otázky týkající se jejich pohlaví, věku, vzdělání, rodinného stavu a pracoviště. Dále se otázky zabývaly fyzickým a psychickým stavem oslovených respondentů. Závěrem byly zjišťovány možné dopady na zdraví respondentů a jejich zájem o nové informace, které se týkají problematiky zdraví. Dotazník byl osobně rozdán na interním oddělení v Krajské nemocnici Liberec, a.s. a pomocí internetového dotazníkového šetření byli osloveni respondenti pracující v Pardubické Krajské nemocnici. Šetření probíhalo v období prosinec 2013- leden 2014 s celkovým počtem odpovídajících respondentů 61.

### **6.3 Charakteristika výzkumného vzorku**

Oslovených respondentů bylo celkem 80 (100%). Navráčeno a vyplněno bylo 61 dotazníků, což činí 76,25%. Internetovým šetřením v Pardubické krajské nemocnici bylo vyplněno 33 dotazníků, což je 55,10%. Z osobně rozdaných 47 dotazníků v Krajské nemocnici Liberec, a.s. bylo navráčeno 28 vyplněných, což činí 45,90%.

Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků (100%), z toho bylo navráčeno 61 (76%) vyplněných dotazníků. Nevráčeno bylo 19 dotazníků (24%).

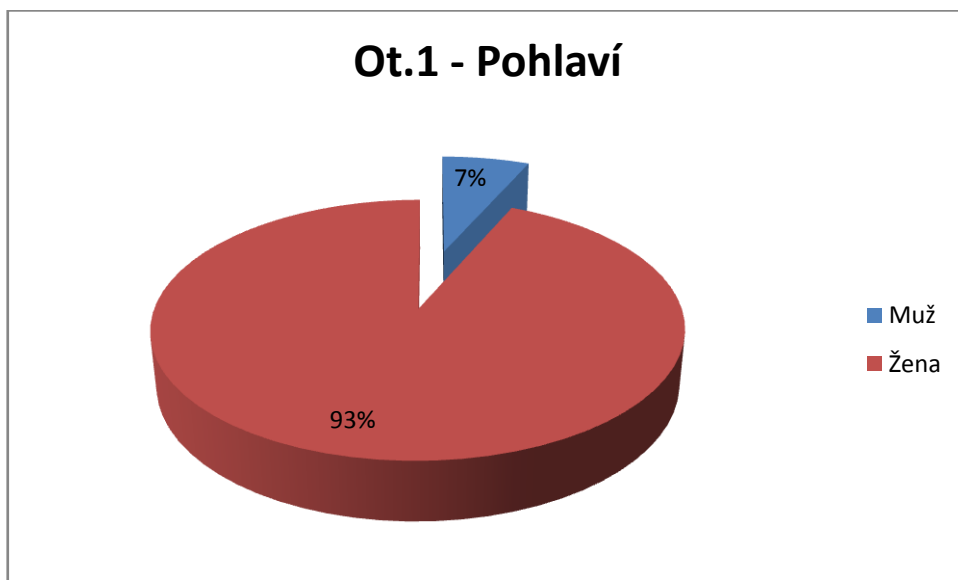
### **6.4 Výsledky výzkumu a jeho analýza**

#### **Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?**

Z výsledků dotazníkového šetření při celkovém počtu 61 respondentů, byla většina, konkrétně 57 respondentů (tj. 93,44%), ženského pohlaví. Zbývající 4 respondenti (tj. 6,56%), byli mužského pohlaví.

**Tab. 1** Pohlaví

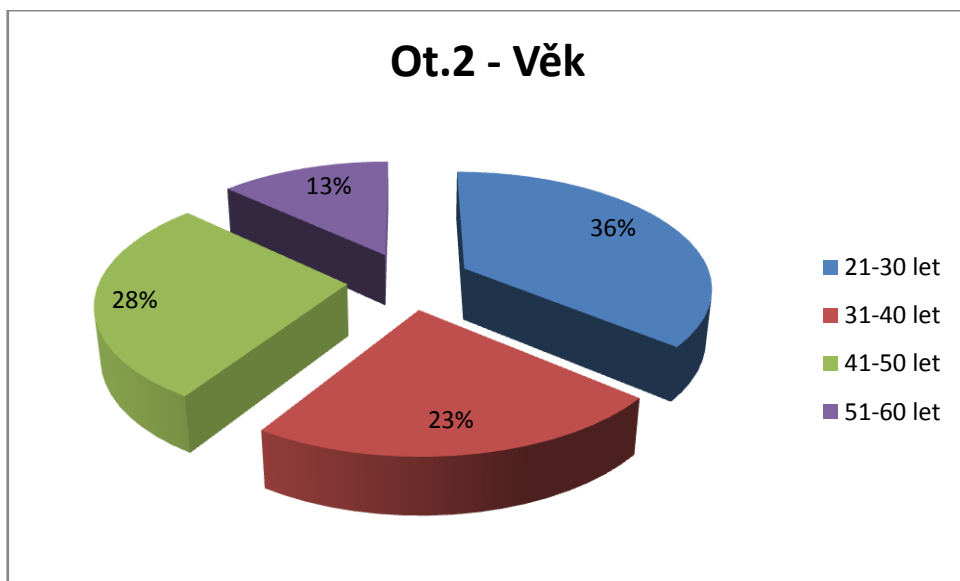
Pohlaví	abs. četnost	rel. četnost
Muž	4	6,56%
Žena	57	93,44%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 1** Pohlaví**Otázka č. 2: Prosím, uveďte Váš věk:**

Respondenti byli rozřazeni do čtyř skupin. První skupina od 21 do 30 let byla zastoupena 22 respondenty (tj. 36,07%), ve věku od 31 do 40 let bylo 14 respondentů (tj. 22,95%), věková kategorie 41-50 let byla zastoupena 17 respondenty (tj. 27,87%) a v poslední kategorii 51 až 60 let vyplnilo dotazník 8 respondentů (tj. 13,11%).

**Tab. 2** Věk

Věk	abs. četnost	rel. četnost
21-30 let	22	36,07%
31-40 let	14	22,95%
41-50 let	17	27,87%
51-60 let	8	13,11%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



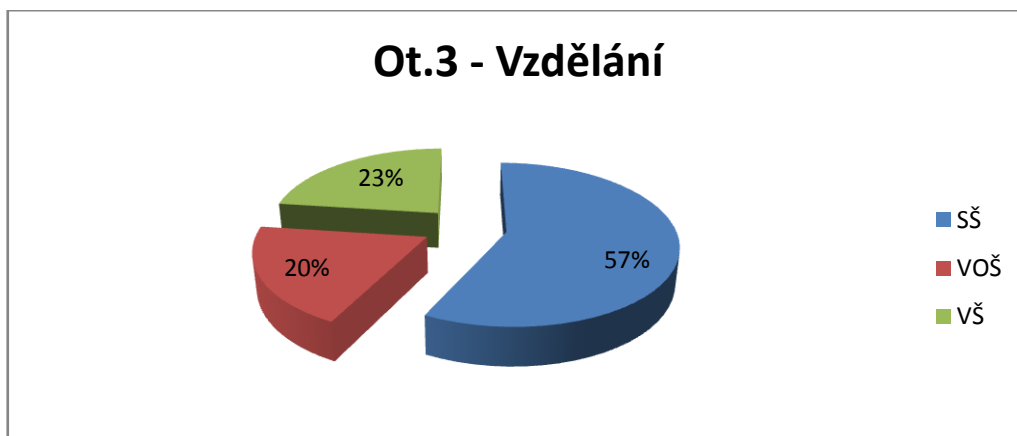
**Graf 2** Věk

**Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo 35 respondentů (tj. 57,38%) středoškolské vzdělání, počet 14 respondentů (tj. 22,95%) dosáhl vzdělání na vysoké škole a zbylých 12 respondentů (tj. 19,67%) uvedlo, že vystudovalo vyšší odbornou školu.

**Tab. 3** Vzdělání

Vzdělání	abs. četnost	rel. četnost
SŠ	35	57,38%
VOŠ	12	19,67%
VŠ	14	22,95%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



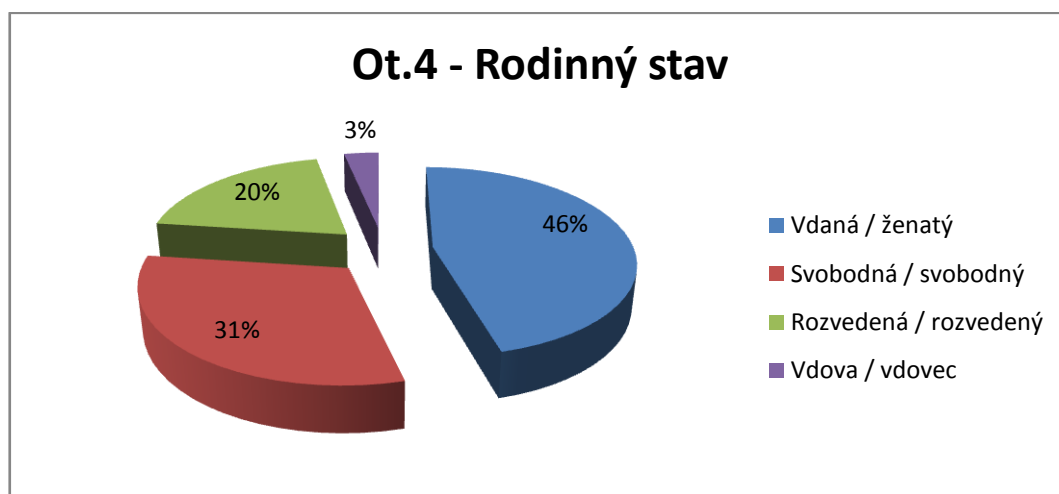
**Graf 3** Vzdělání

#### Otázka č. 4: Váš současný rodinný stav:

Respondenti mohli vybírat ze čtyř kategorií. Nejvíce respondentů bylo zastoupeno v kategorii vdaná/ženatý a to v počtu 28 respondentů (tj. 45,90%), možnost svobodná/svobodný označilo 19 respondentů (tj. 31,15%), do kategorie rozvedená/rozvedený se zařadilo 12 respondentů (tj. 19,67%) a 2 respondenti (tj. 3,28%) uvedli možnost vdova/vdovec.

**Tab. 4** Rodinný stav

Rodinný stav	abs. četnost	rel. četnost
Vdaná / ženatý	28	45,90%
Svobodná / svobodný	19	31,15%
Rozvedená / rozvedený	12	19,67%
Vdova / vdovec	2	3,28%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



**Graf 4** Rodinný stav

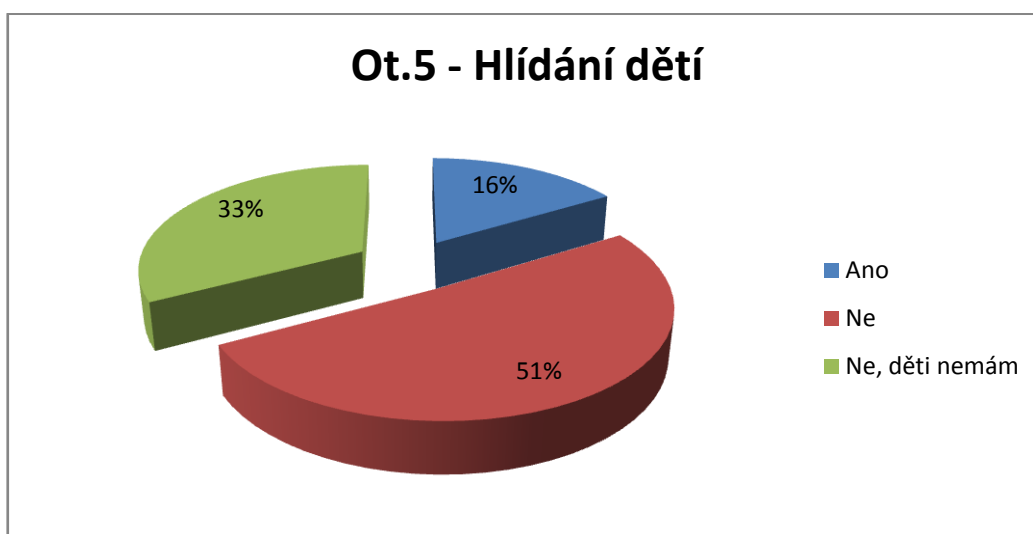
**Otázka č. 5: Máte problémy se zajištěním hlídání Vašich dětí během pracovní doby?**



Na tuto otázku více jak polovina respondentů, konkrétně 31 (tj. 50,82%), odpověděla ne, 20 respondentů (tj. 32,79%) odpovědělo ne, děti nemám a zbylých 10 respondentů (tj. 16,39%) odpovědělo ano.

**Tab. 5** Hlídaní dětí

Hlídaní dětí	abs. četnost	rel. četnost
Ano	10	16,39%
Ne	31	50,82%
Ne, děti nemám	20	32,79%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



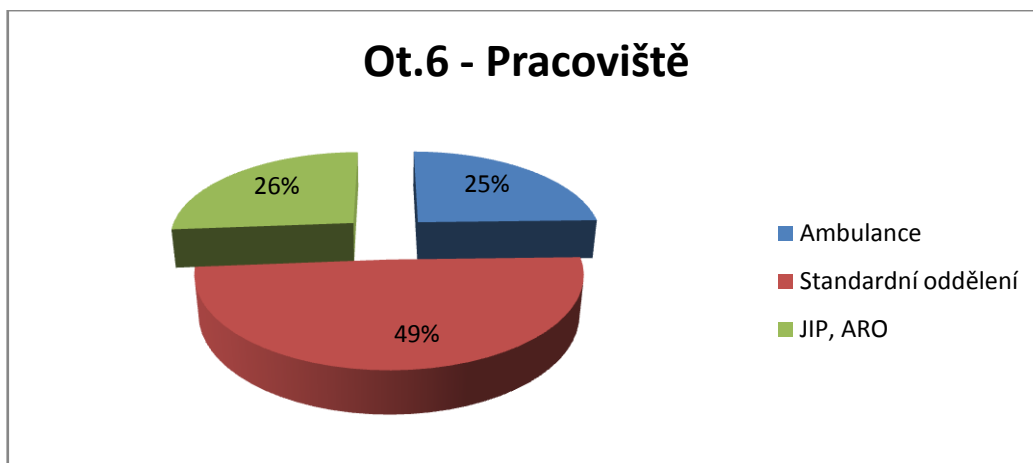
**Graf 5** Hlídaní dětí

**Otázka č. 6: Na jakém pracovišti pracujete?**

Možnost standardní oddělení uvedlo 30 respondentů (tj. 49,18%), na odděleních JIP, ARO pracuje 16 respondentů (tj. 26,23%) a ambulance zastupuje 15 respondentů (tj. 24,59%).

**Tab. 6** Pracoviště

Pracoviště	abs. četnost	rel. četnost
Ambulance	15	24,59%
Standardní oddělení	30	49,18%
JIP, ARO	16	26,23%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



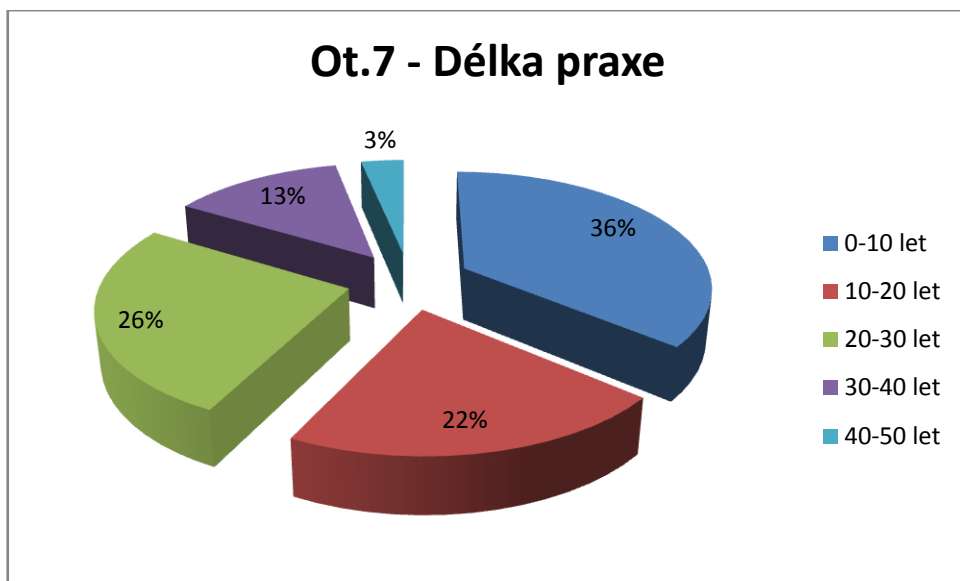
**Graf 6** Pracoviště

**Otázka č. 7: Uved'te, jak dlouho pracujete ve zdravotnictví:**

Pro lepší orientaci jsou odpovědi seřazeny do pěti kategorií. Délka praxe do 10 let byla zastoupena v nejhojnější míře počtem 22 respondentů (tj. 36,07%), délku praxe od 10 do 20 let určilo 13 respondentů (tj. 21,31%), další kategorii 20-30 let zastoupilo 16 respondentů (tj. 26,23%), praxi 30-40 let uvedlo 8 respondentů (tj. 13,11%) a nejdelší praxi 40-50 let označili 2 respondenti (tj. 3,28%).

**Tab. 7** Délka praxe

Délka praxe	abs. četnost	rel. četnost
0-10 let	22	36,07%
10-20 let	13	21,31%
20-30 let	16	26,23%
30-40 let	8	13,11%
40-50 let	2	3,28%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



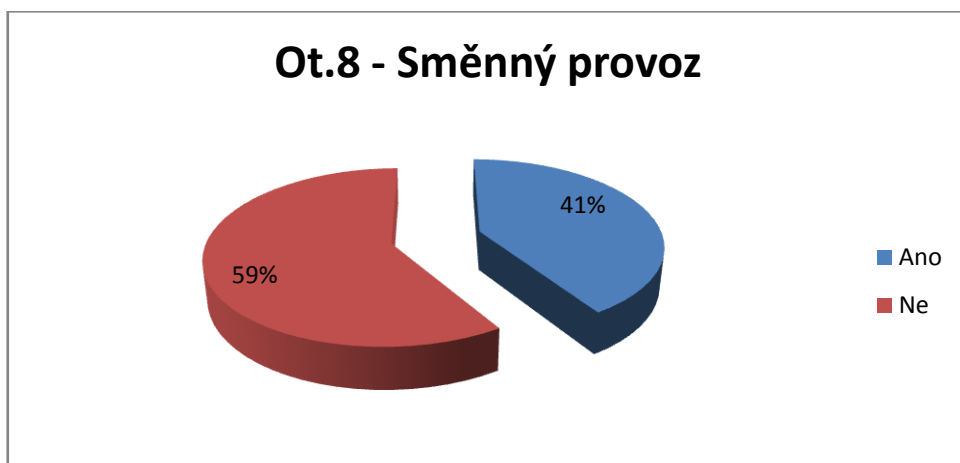
**Graf 7** Délka praxe

**Otázka č. 8: Pracujete ve směnném provozu?**

U této otázky odpovědělo 36 respondentů (tj. 59,02%), že nepracují ve směnném provozu a zbylých 25 respondentů (tj. 40,98%) označilo odpověď ano.

**Tab. 8** Směnný provoz

Směnný provoz	abs. četnost	rel. četnost
Ano	25	40,98%
Ne	36	59,02%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



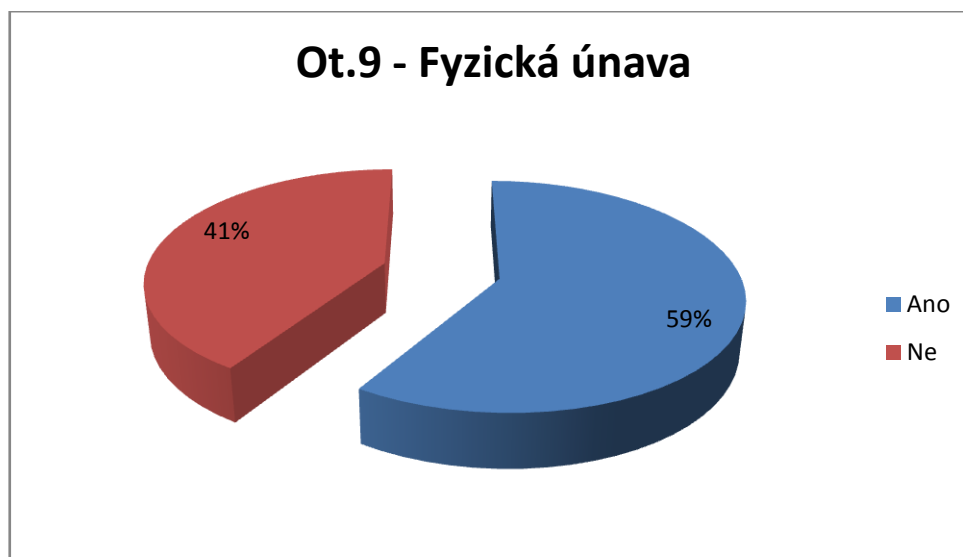
**Graf 8** Směnný provoz

**Otázka č. 9: Pociťujete po službě fyzickou únavu?**

Fyzickou únavu pociťuje 36 respondentů (tj. 59,02%), zbylých 25 respondentů (tj. 40,98%) nepociťuje po službě fyzickou únavu.

**Tab. 9** Fyzická únava

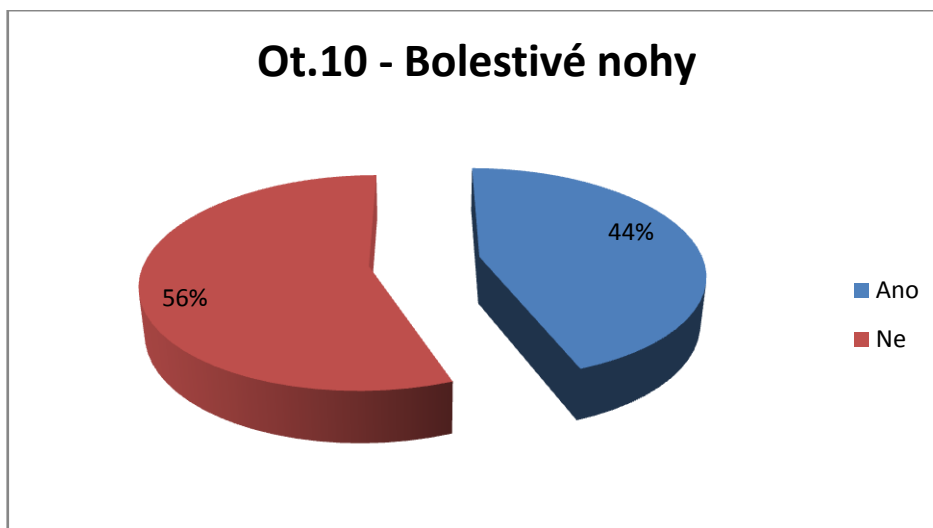
Fyzická únava	abs. četnost	rel. četnost
Ano	36	59,02%
Ne	25	40,98%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 9** Fyzická únava**Otázka č. 10: Míváte po službě oteklé či bolestivé nohy?**

Odpověď ne označilo 34 respondentů (tj. 55,74%), oteklé a bolestivé nohy má 27 respondentů (tj. 44,26%).

**Tab. 10** Bolestivé nohy

Bolestivé nohy	abs. četnost	rel. četnost
Ano	27	44,26%
Ne	34	55,74%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



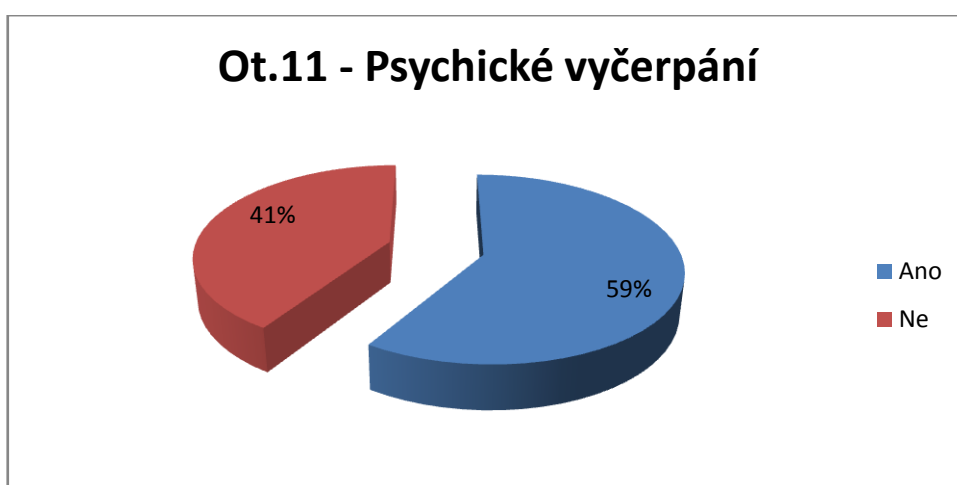
**Graf 10** Bolestivé nohy

**Otázka č. 11: Cítíte se po příchodu z práce psychicky vyčerpana?**

Psychicky vyčerpano se cítí 36 respondentů (tj. 59,02%), zbylých 25 respondentů (tj. 40,98%) necítí psychické vyčerpání.

**Tab. 11** Psychické vyčerpání

Psychické vyčerpání	abs. četnost	rel. četnost
Ano	36	59,02%
Ne	25	40,98%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



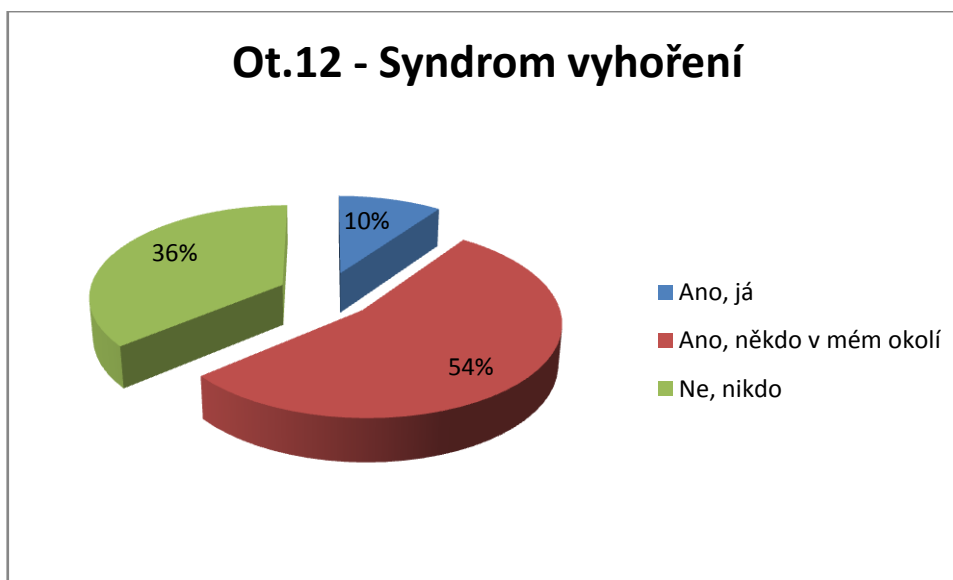
**Graf 11** Psychické vyčerpání

**Otázka č. 12: Prodělal někdo ve Vašem okolí nebo Vy syndrom vyhoření ? (lze uvést více možností)**

Největší zastoupení respondentů získala odpověď Ano, někdo v mém okolí, kterou označilo 33 respondentů (tj. 53,23%), 23 respondentů (tj. 37,10%) odpovědělo Ne, nikdo a možnost Ano, já byla zastoupena počtem 6 respondentů (tj. 9,68%).

**Tab. 12** Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření	abs. četnost	rel. četnost
Ano, já	6	9,68%
Ano, někdo v mém okolí	33	53,23%
Ne, nikdo	22	37,10%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



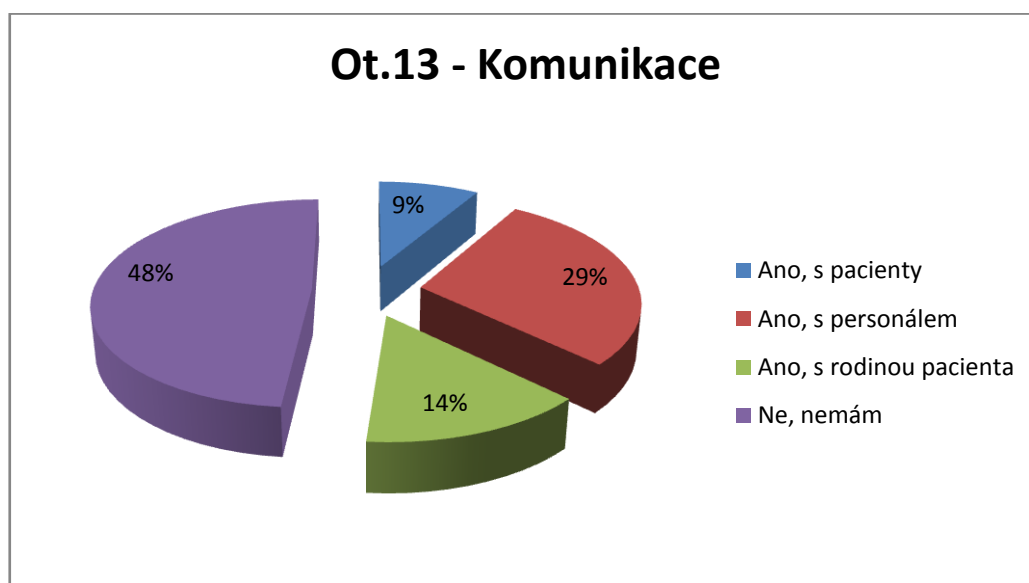
**Graf 12** Syndrom vyhoření

**Otázka č. 13: Míváte na Vašem pracovišti problémy s komunikací? (lze uvést více možností)**

Odpověď ne, nemám, označilo 34 respondentů (tj. 48,57%), možnost ano, s personálem uvedlo 20 respondentů (tj. 28,57%), 10 respondentů odpovědělo ano, s rodinou pacienta a pouhých 6 respondentů (tj. 8,57%) má komunikační problémy s pacienty.

**Tab. 13** Komunikace

Komunikace	abs. četnost	rel. četnost
Ano, s pacienty	6	8,57%
Ano, s personálem	20	28,57%
Ano, s rodinou pacienta	10	14,29%
Ne, nemám	34	48,57%
<b>Celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

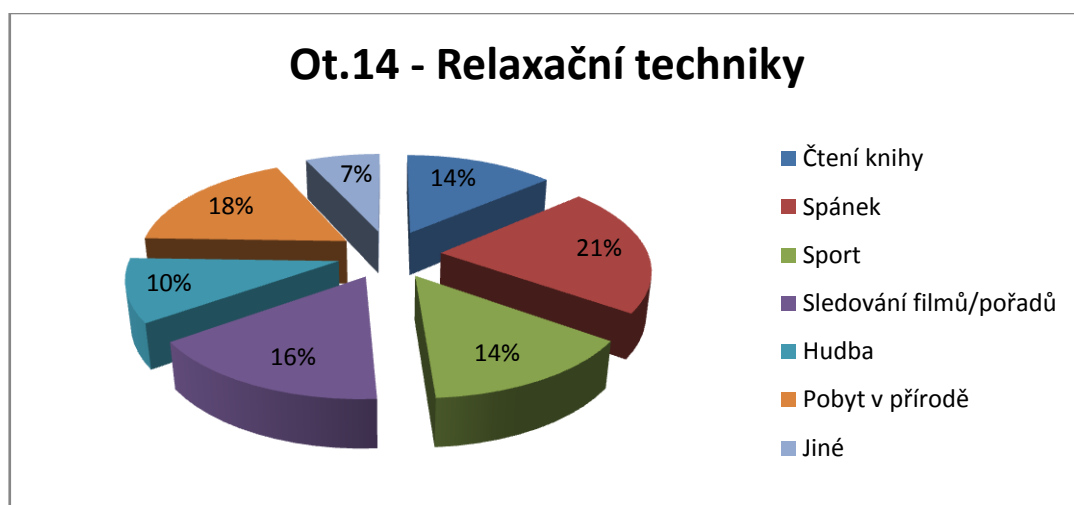
**Graf 13** Komunikace

**Otázka č. 14: Jaké relaxační techniky v době svého volna obvykle používáte? (lze uvést více možností)**

Nejčastější relaxační technikou u 43 respondentů (tj. 21,08%) se stal spánek, dále pobyt v přírodě, který označilo 36 respondentů (tj. 17,65%), sledování filmů/pořadů označilo 33 respondentů (tj. 16,18%), sportem relaxuje 29 respondentů (tj. 14,22%), 28 respondentů (tj. 13,73%) určilo čtení knihy jako svou relaxační metodu, pomocí hudby relaxuje 21 respondentů (tj. 10,29%) a možnost jiné uvedlo 14 respondentů (tj. 6,86%).

**Tab. 14** Relaxační techniky

Relaxační techniky	abs. četnost	rel. četnost
Čtení knihy	28	13,73%
Spánek	43	21,08%
Sport	29	14,22%
Sledování filmů/pořadů	33	16,18%
Hudba	21	10,29%
Pobyt v přírodě	36	17,65%
Jiné	14	6,86%
<b>Celkem</b>	<b>204</b>	<b>100,00%</b>

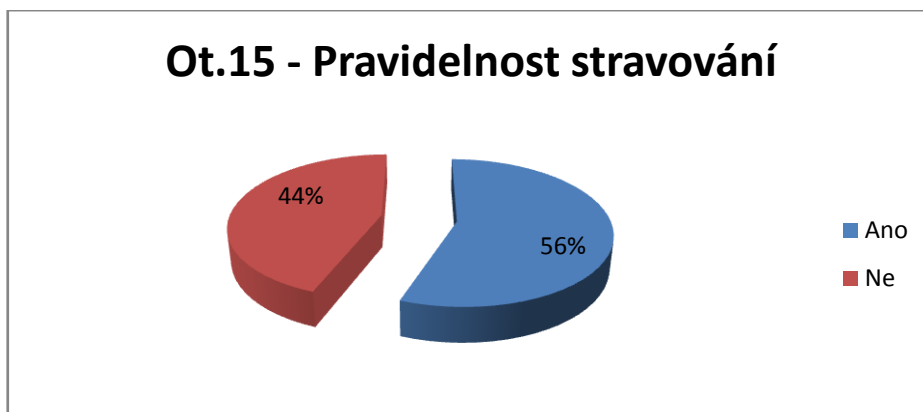
**Graf 14** Relaxační techniky**Otázka č. 15: Jíte v práci pravidelně?**

Na tuto otázku odpovědělo 34 respondentů (tj. 55,74%) ano, zbylých 27 respondentů (tj. 44,26%) odpovědělo ne.

**Tab. 15** Pravidelnost stravování

Pravidelnost stravování	abs. četnost	rel. četnost
Ano	34	55,74%
Ne	27	44,26%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>





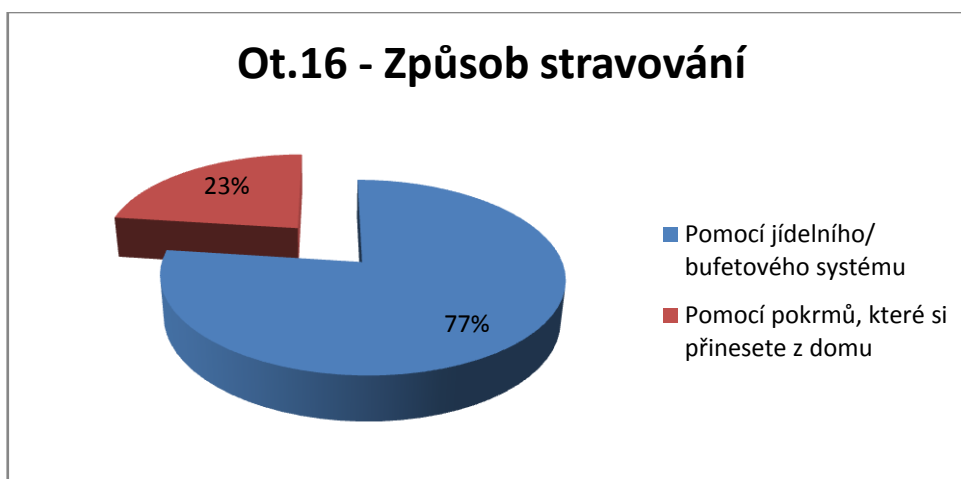
**Graf 15** Pravidelnost stravování

**Otázka č. 16: Jakým způsobem se stravujete?**

Pomocí jídelního/bufetového systému se stravuje většina, konkrétně 47 respondentů (tj. 77,05%) a 14 respondentů (tj. 22,95%) se stravuje pomocí pokrmů, které si přinesou z domů.

**Tab. 16** Způsob stravování

Způsob stravování	abs. četnost	rel. četnost
Pomocí jídelního/ bufetového systému	47	77,05%
Pomocí pokrmů, které si přinesete z domu	14	22,95%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



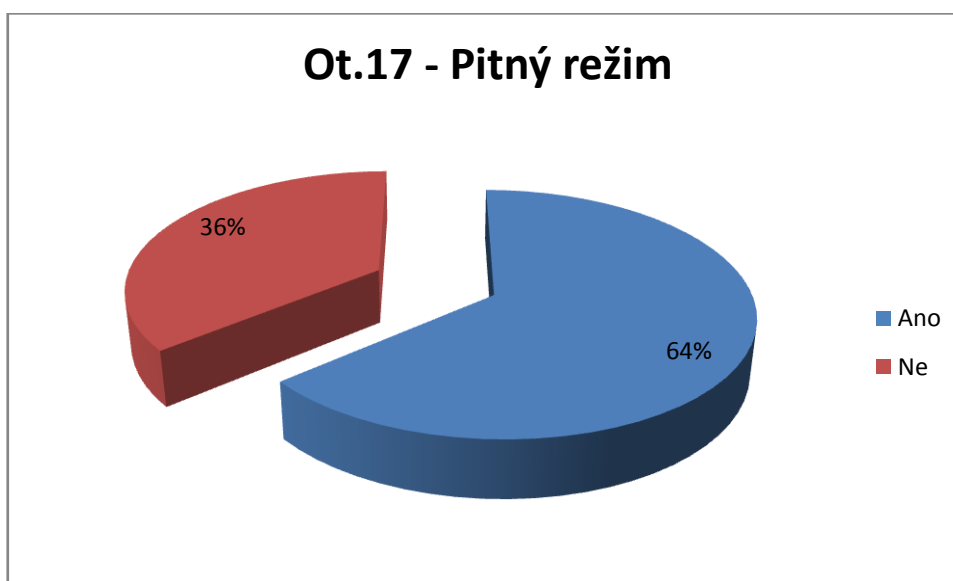
**Graf 16** Způsob stravování

**Otázka č. 17: Dodržujete v práci pitný režim?**

Pitný režim dodržuje 39 respondentů (tj. 63,93%), naopak 22 respondentů (tj. 36,07%) pitný režim nedodržuje.

**Tab. 17** Pitný režim

Pitný režim	abs. četnost	rel. četnost
Ano	39	63,93%
Ne	22	36,07%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



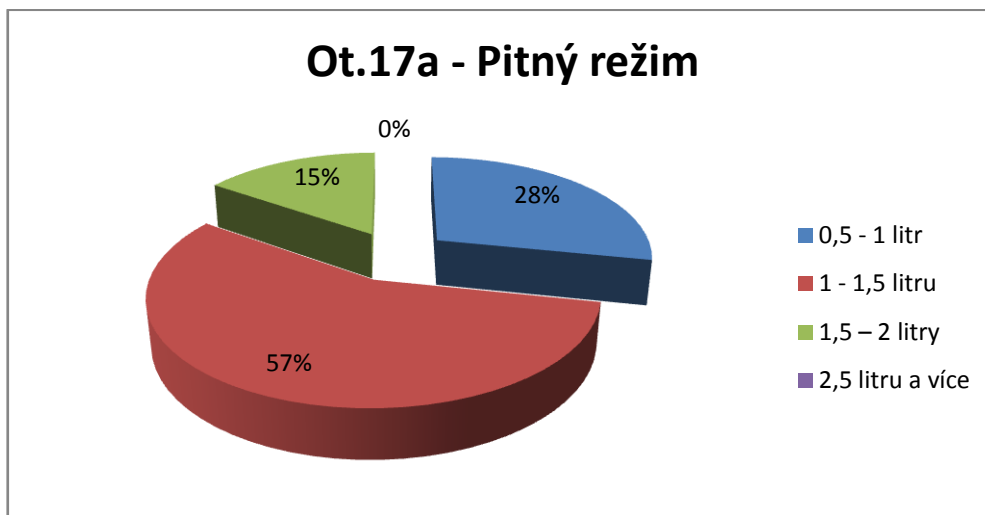
**Graf 17** Pitný režim

**Otázka č. 17A: Pokud je Vaše odpověď Ano, kolik litrů během své služby vypijete?**

Nejvíce odpovědí bylo u možnosti 1-1,5litrů, kdy tak odpovědělo 22 respondentů (tj. 56,41%), možnost 0,5-1litr označilo 11 respondentů (tj. 28,21%), 6 respondentů (tj. 15,38%) vybralo množství 1,5-2litry a možnost více jak 2,5 litrů neuvedl žádný z respondentů.

**Tab. 17A** Pitný režim-specifikace

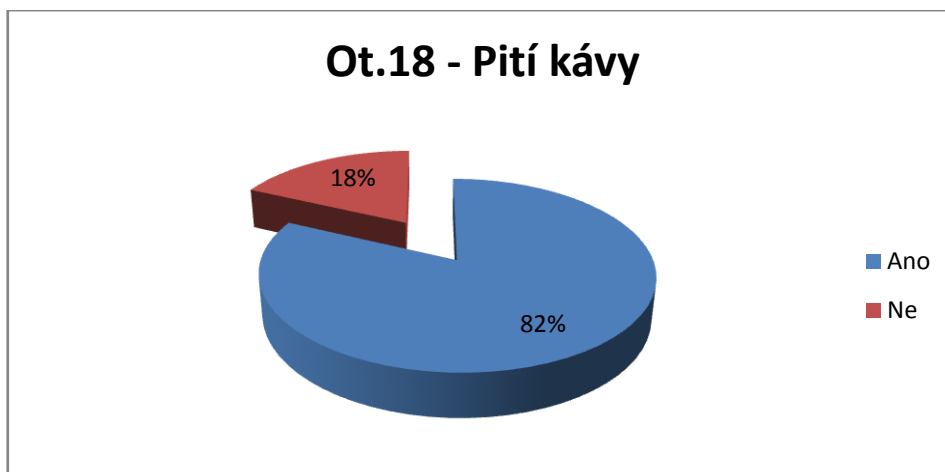
Pitný režim	abs. četnost	rel. četnost
0,5 - 1 litr	11	28,21%
1 - 1,5 litru	22	56,41%
1,5 – 2 litry	6	15,38%
2,5 litru a více	0	0,00%
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 17A** Pitný režim specifikace**Otázka č. 18: Pijete kávu?**

Na otázku, zda pijete kávu nám 50 respondentů (tj. 81,97%) odpovědělo ano, zbylých 11 respondentů (tj. 18,03%) uvedlo možnost ne.

**Tab 18** Pití kávy

Pití kávy	abs. četnost	rel. četnost
Ano	50	81,97%
Ne	11	18,03%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



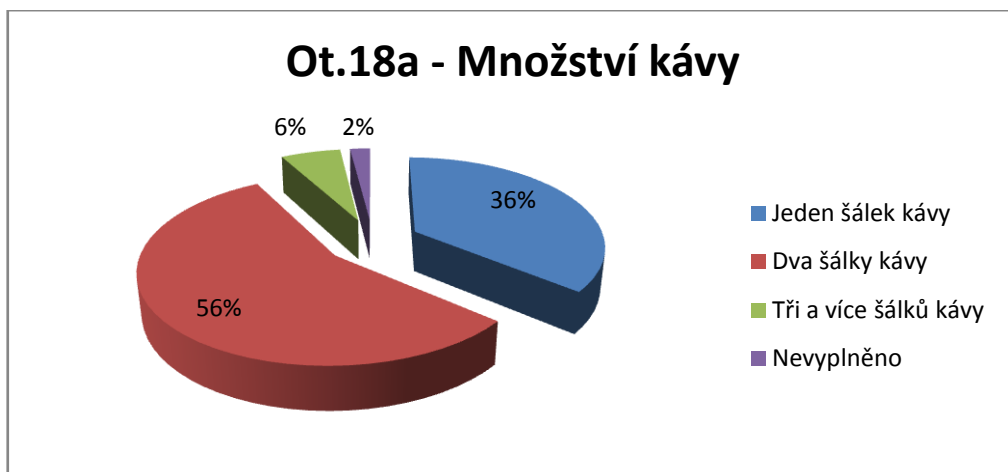
**Graf 18** Pití kávy

**Otázka č. 18A: Pokud je Vaše odpověď Ano, jaké množství kávy vypijete během dne?**

Zde nám uvedlo 28 respondentů (tj. 56,00%), že vypijí dva šálky kávy, jeden šálek kávy pak vypije 18 respondentů (tj. 36,00%), možnost 3 a více šálků označili 3 respondenti (tj. 6,00%) a 1 respondent (tj. 2,00%) na otázku neodpověděl.

**Tab. 18A** Množství kávy

Množství kávy	abs. četnost	rel. četnost
Jeden šálek kávy	18	36,00%
Dva šálky kávy	28	56,00%
Tři a více šálků kávy	3	6,00%
Nevyplněno	1	2,00%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100,00%</b>



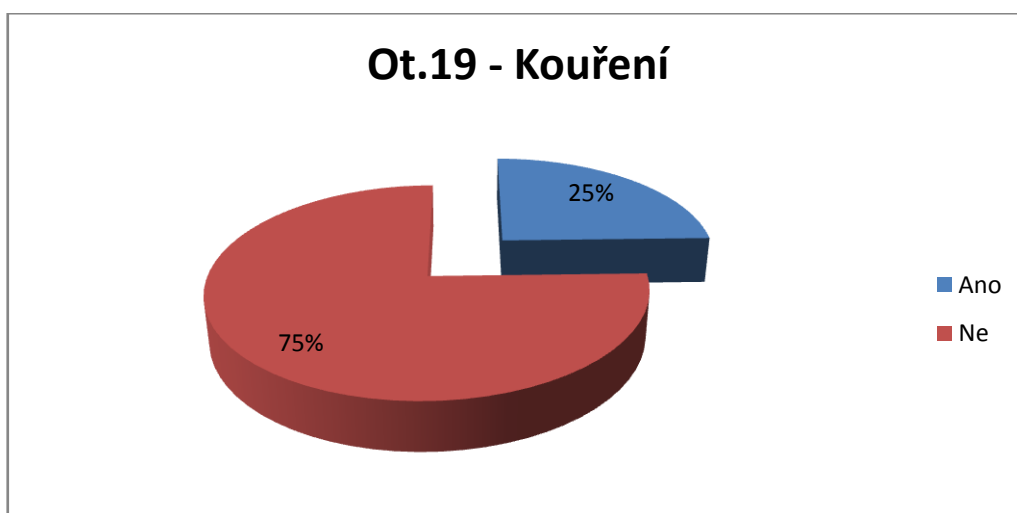
**Graf 18A** Množství kávy

**Otázka č. 19: Kouříte?**

Odpověď ne označilo 46 respondentů (tj. 75,41%), zbylých 15 respondentů (tj. 24,59%) kouří.

**Tab. 19** Kouření

Kouření	abs. četnost	rel. četnost
Ano	15	24,59%
Ne	46	75,41%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



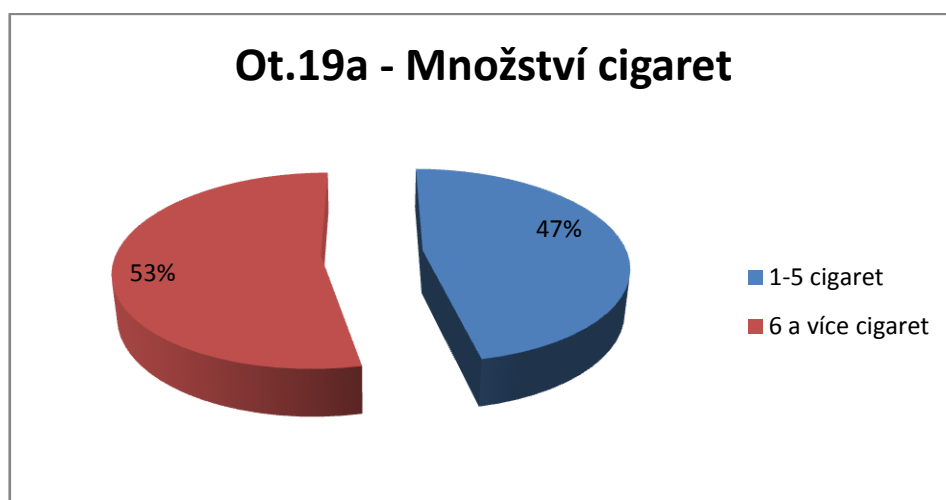
**Graf 19** Kouření

**Otázka č. 19A: je Vaše odpověď Ano, kolik cigaret vykouříte za den?**

Odpovědi na tuto otázku jsme pro lepší orientaci rozdělili do dvou skupin. Skupinu, která označuje množství 1-5 cigaret za den označilo 7 respondentů (tj. 46,67%) a druhou skupinu, vyjadřující množství 6 a více cigaret za den uvedlo 8 respondentů (tj. 53,33%).

**Tab. 19A** Množství cigaret

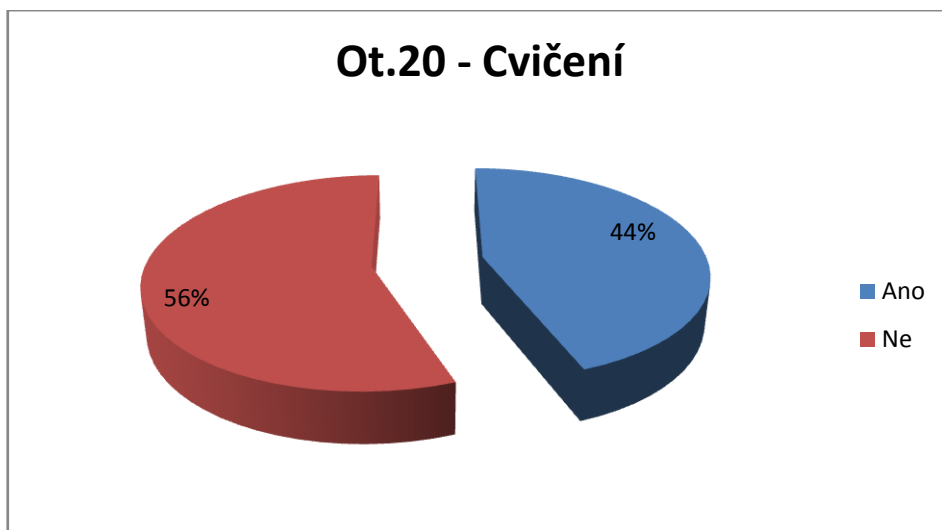
Množství cigaret	abs. četnost	rel. četnost
1-5 cigaret	7	46,67%
6 a více cigaret	8	53,33%
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 19A** Množství cigaret**Otázka č. 20: Věnujete se ve svém volnu cvičení?**

Na otázku, zda se respondenti věnují cvičení, odpovědělo 34 respondentů (tj. 55,74%), že se nevěnují a 27 respondentů (tj. 44,26%) se věnují cvičení.

**Tab. 20** Cvičení

Cvičení	abs. četnost	rel. četnost
Ano	27	44,26%
Ne	34	55,74%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



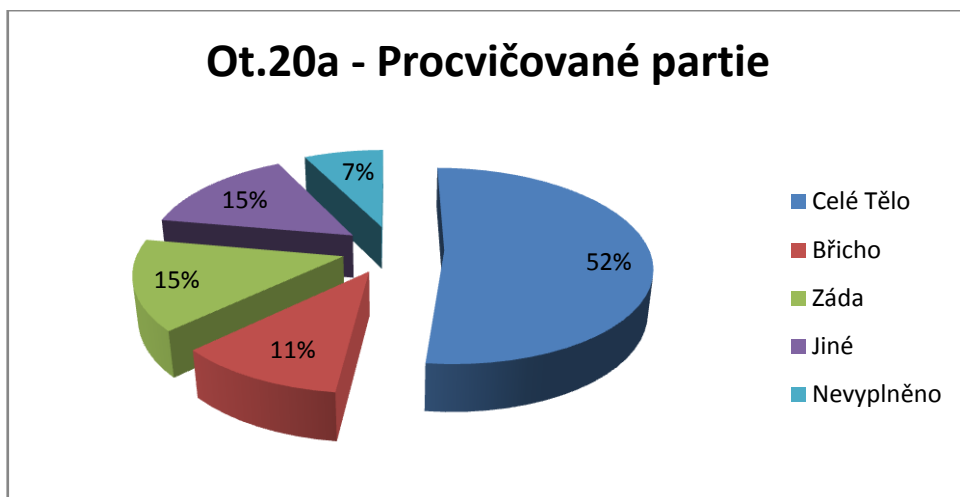
**Graf 20** Cvičení

**Otázka č. 20A: Pokud byla Vaše odpověď Ano, které tělesné partie nejvíce procvičujete?**

Nejvíce respondentů- 14 (tj. 51,85%) uvedlo, že procvičují celé tělo, následně 4 respondenti (tj. 14,81%) procvičují záda, 3 respondenti (tj. 11,11%) uvedli, že procvičují břicho. Zbylí respondenti (tj. 14,81%) uvedli možnost jiné.

**Tab. 20A** Procvičované partie

Procvičované partie	abs. četnost	rel. četnost
Celé Tělo	14	51,85%
Břicho	3	11,11%
Záda	4	14,81%
Jiné	4	14,81%
Nevyplněno	2	7,41%
<b>Celkem</b>	<b>27</b>	<b>100,00%</b>



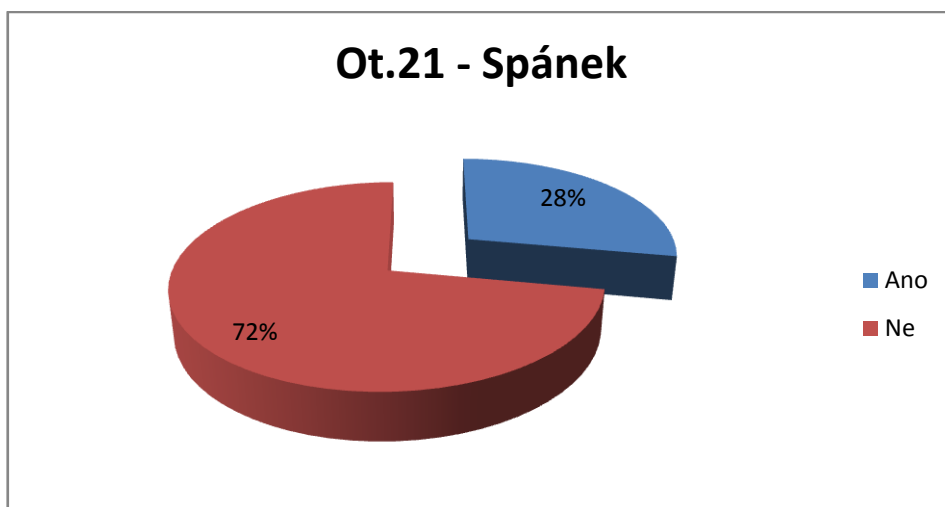
**Graf 20A** Procvičované partie

**Otázka č. 21: Máte problémy se spánkem?**

Problémy se spánkem nemá 44 respondentů (tj. 72,13%), přičemž 17 respondentů (tj. 27,87%) problémy se spánkem uvádí.

**Tab. 21** Spánek

Spánek	abs. četnost	rel. četnost
Ano	17	27,87%
Ne	44	72,13%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



**Graf 21** Spánek

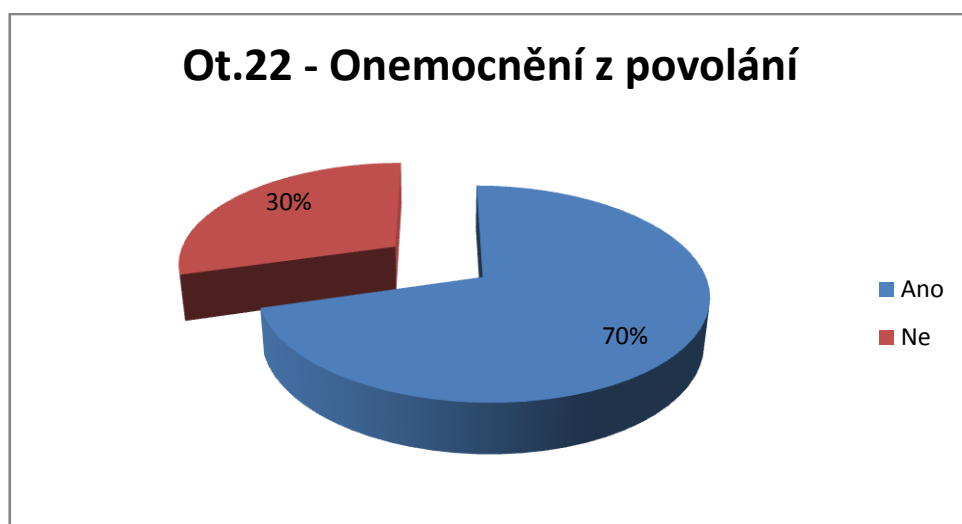


**Otázka č. 22: Domníváte se, že Vaše povolání přispělo k rozvoji Vašeho onemocnění?**

Na tuto otázku odpovědělo 43 respondentů (tj. 70,49%) ano, zbylých 18 respondentů (tj. 29,51%) označilo jako svou odpověď možnost ne.

**Tab. 22** Onemocnění z povolání

Onemocnění z povolání	abs. četnost	rel. četnost
Ano	43	70,49%
Ne	18	29,51%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



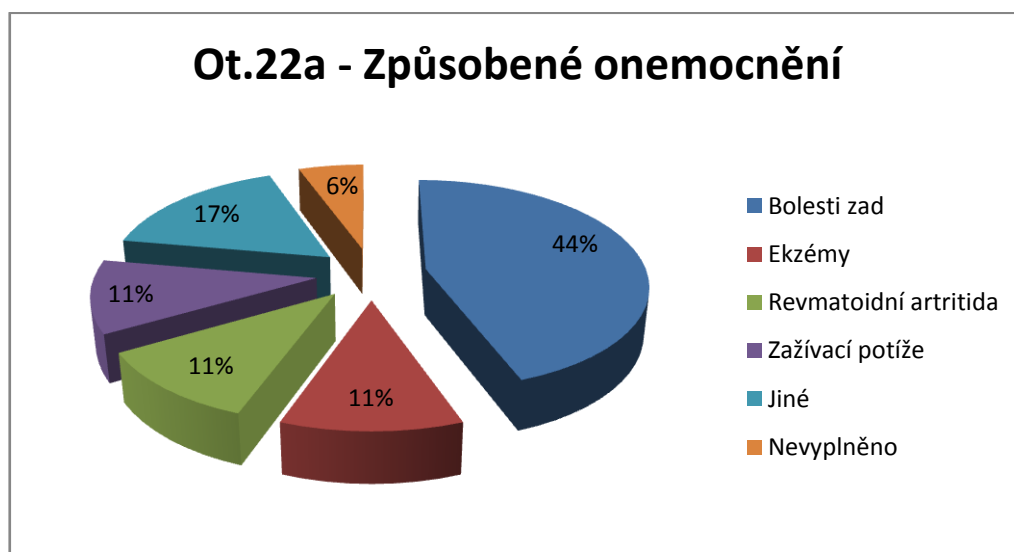
**Graf 22** Onemocnění z povolání

**Otázka č. 22A: Pokud byla Vaše odpověď Ano, uveďte prosím, o jaké onemocnění jde:**

Zde se nejčastěji vyskytovala odpověď bolesti zad (nejčastěji vertebrogenní algický syndrom) v zastoupení 8 respondentů (tj. 44,44%), následně respondenti uvedli: ekzémy revmatoidní artritidy, zažívací obtíže (gastroesofageální reflex) a jiné (např. varixy).

**Tab. 22A** Způsobená onemocnění

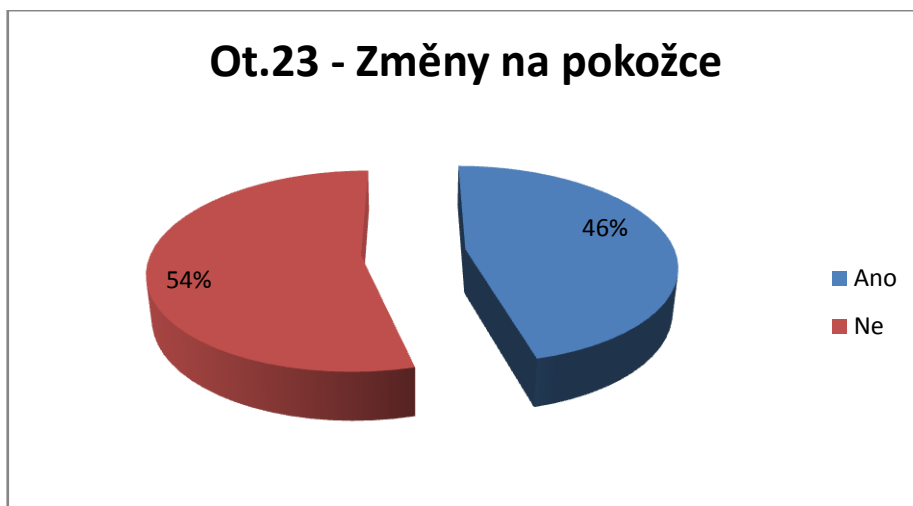
Způsobená onemocnění	abs. četnost	rel. četnost
Bolesti zad	8	44,44%
Ekzémy	2	11,11%
Revmatoidní artritida	2	11,11%
Zažívací potíže	2	11,11%
Jiné	3	16,67%
Nevyplněno	1	5,56%
<b>Celkem</b>	<b>18</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 22A** Způsobená onemocnění**Otázka č. 23: Vnímáte změny na své pokožce po aplikaci dezinfekce?**

Změny na pokožce nevnímá 33 respondentů (tj. 54,10%) a možnost ano označilo 28 respondentů (tj. 45,90%).

**Tab. 23** Změny na pokožce

Změny na pokožce	abs. četnost	rel. četnost
Ano	28	45,90%
Ne	33	54,10%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



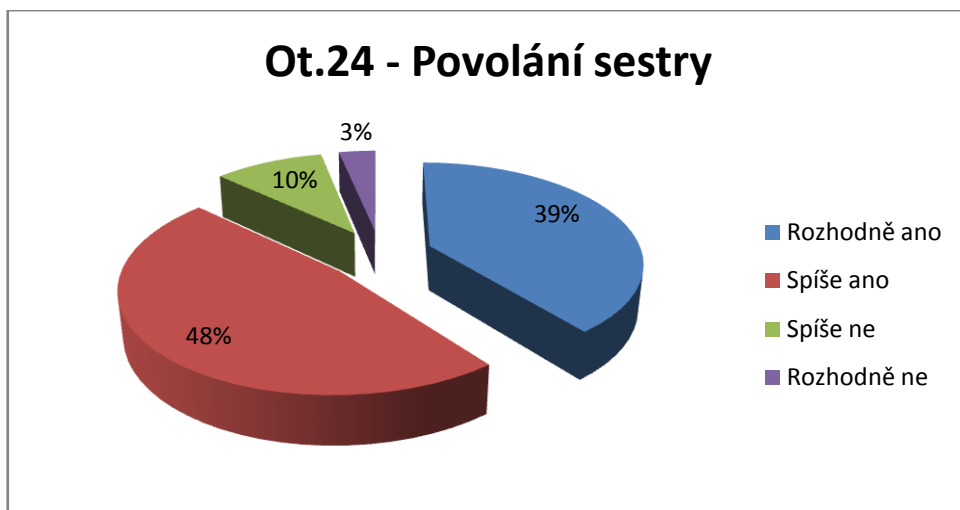
**Graf 23** Změny na pokožce

**Otázka č. 24: Vybral(a) byste si znovu své povolání, kdybyste měl(a) možnost?**

Odpovědi jsou členěny do čtyř kategorií. Možnost spíše ano, si vybralo 29 respondentů (tj. 47,54%), rozhodně ano označilo 24 respondentů (tj. 39,34%), kategorii spíše ne uvedlo 6 respondentů (tj. 9,84%) a 2 respondenti (tj. 3,28%) označili možnost rozhodně ne.

**Tab. 24** Povolání sestry

Povolání sestry	abs. četnost	rel. četnost
Rozhodně ano	24	39,34%
Spíše ano	29	47,54%
Spíše ne	6	9,84%
Rozhodně ne	2	3,28%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



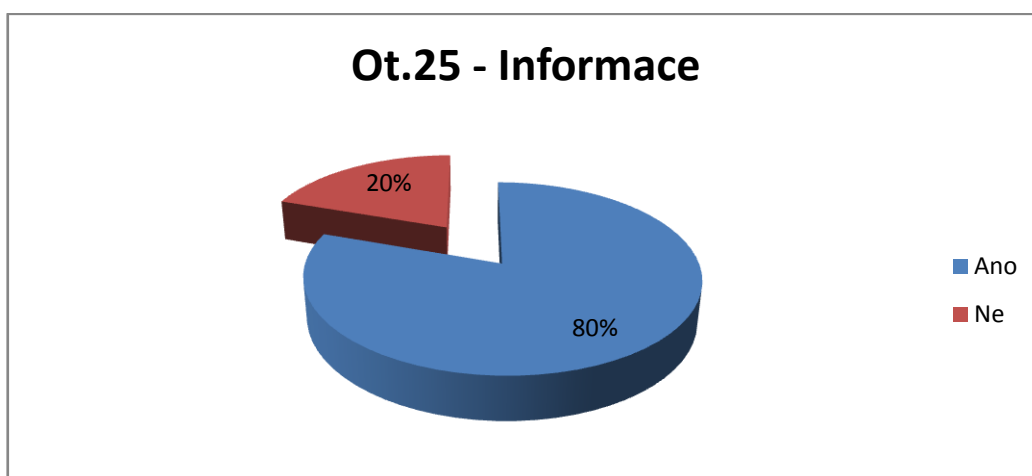
**Graf 24** Povolání sestry

**Otázka č. 25: Uvítal(a) byste více informací, které se zabývají problematikou zdraví u povolání sestry?**

Celkem 46 respondentů (tj. 80,33%) by uvítalo více informací a zbylých 12 respondentů (tj. 19,67%) více informací nepotřebuje.

**Tab. 25** Informace

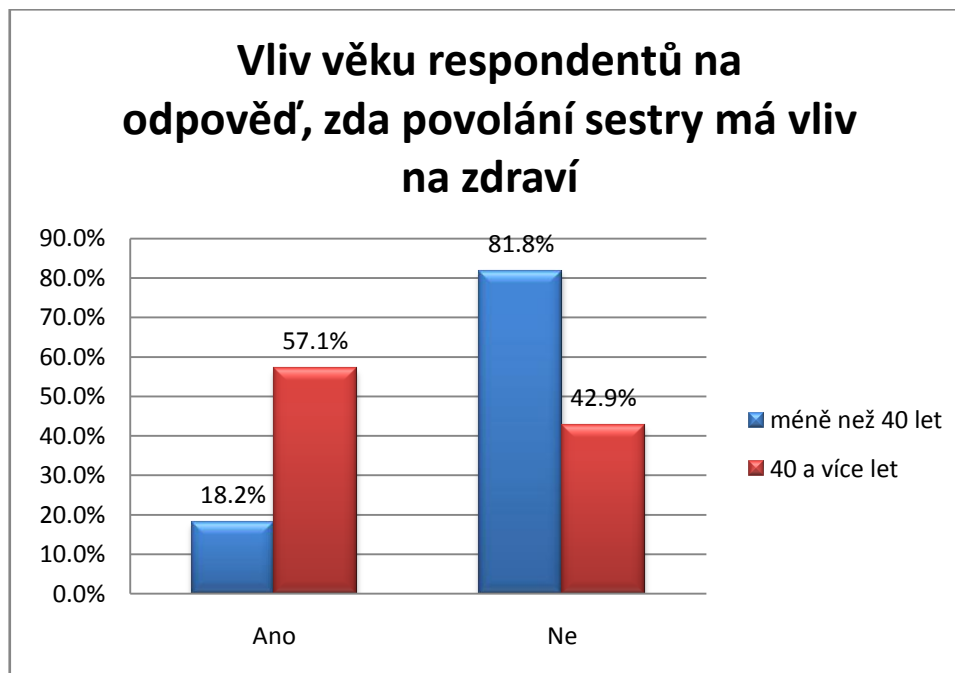
Informace	abs. četnost	rel. četnost
Ano	49	80,33%
Ne	12	19,67%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00%</b>



**Graf 25** Informace

## Vyhodnocení výzkumných předpokladů

### 1. Předpokládáme, že více somatických dopadů na zdraví bude u sester nad 40 let.



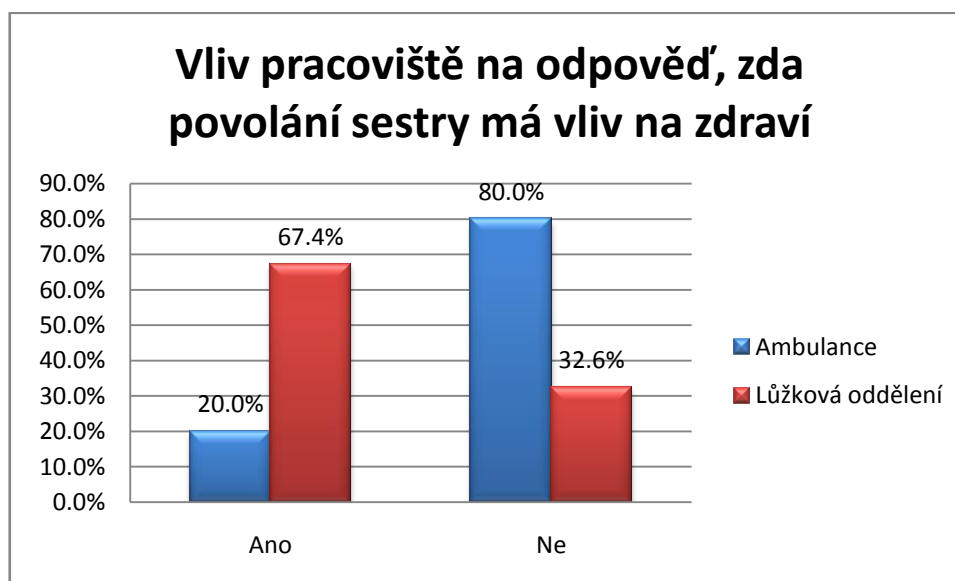
**Graf 26** Vliv věku respondentů

57,1% sester nad 40 let uvedlo, že povolání sestry má vliv na jejich zdraví a 18,2% sester pod 40 let uvedlo, že povolání sestry má vliv na jejich zdraví.

42,9% sester nad 40 let uvedlo, že povolání sestry nemá vliv na jejich zdraví a 81,8% sester pod 40 let uvedlo, že povolání sestry nemá vliv na jejich zdraví.

**Výzkumný předpoklad, že více somatických dopadů na zdraví bude u sester nad 40 let, se potvrdil.**

**2. Předpokládáme, že silnější negativní vliv povolání sestry je na lůžkovém oddělení.**



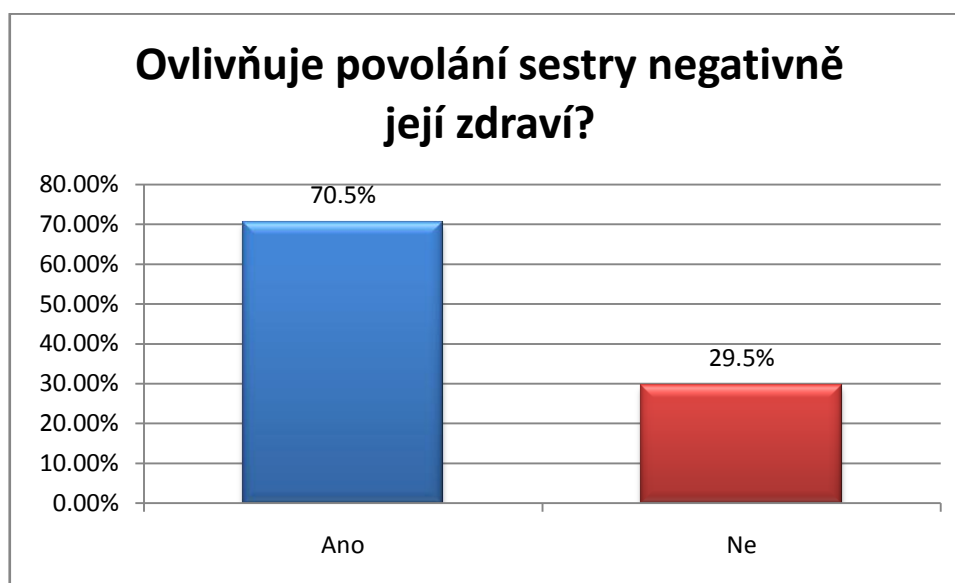
**Graf 27** Vliv pracoviště

67,4% sester pracujících na lůžkovém oddělení potvrdilo, že povolání sestry má vliv na jejich zdraví a 20,0% sester na ambulancích uvedlo, že povolání sestry má vliv na jejich zdraví.

32,6% sester pracujících na lůžkovém oddělení uvedlo, že povolání sestry nemá vliv na jejich zdraví a 80,0% sester uvedlo, že povolání sestry nemá vliv na jejich zdraví.

**Předpoklad, že silnější negativní vliv povolání sestry je na lůžkovém oddělení se potvrdil.**

### 3. Předpokládáme, že povolání sestry negativně ovlivňuje její zdraví.



**Graf 28** Vliv povolání sestry na zdraví

70,5% sester uvedlo, že povolání sestry negativně ovlivňuje jejich zdraví.

29,5% sester uvedlo, že povolání sestry neovlivňuje negativně jejich zdraví.

**Předpoklad, že povolání sestry negativně ovlivňuje její zdraví, se potvrdil.**

## 7 Diskuze

V bakalářské práci se věnujeme negativním aspektům u povolání sestry. Zjišťujeme, zda negativní dopady na zdraví sester jsou zapříčiněné jejich povoláním. Zabýváme se otázkami, jaký vztah mají sestry ke svému zdraví a zda o své zdraví pečují.

Výzkumná data použitá v této práci jsme zjistili pomocí dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 61 respondentů. V celkovém počtu respondentů- 93,44%, převažovalo ženské pohlaví. Ženy jsou od historie všeobecně považovány za ochránkyně a ve společnosti mají pečující úlohu, proto nás nepřekvapilo vysoké procento zastoupení žen u dotazovaných respondentů. U věkových kategorií nás nejvíce zajímal věk v rozmezí 41 let a výše, zastoupen 40,98%, ve kterém jsme předpokládaly více somatických dopadů na zdraví sester než u sester mladších čtyřiceti let. Předpoklad jsme ověřovali pomocí otázky č. 22, kde jsme se ptali respondentů, zda jejich povolání přispělo k rozvoji jejich onemocnění. Odpověď ano označilo 70,49%. Pro zjištění vlivu věku respondentů na odpověď, zda povolání sestry má vliv na její zdraví, jsme provedli rozdělení do dvou věkových kategorií na méně než 40 let a 40 let a více. Výsledek nám potvrdil předpoklad, že u věkové kategorie čtyřicet let a výše je silnější negativní vliv povolání sestry na zdraví. Kategorie 40 a více let byla v zastoupení 57,1% respondentů, kteří označili u otázky č. 22 možnost ano. Můžeme tedy říci, že získaná zjištění jsou v souladu s výzkumným předpokladem. Domníváme se, že tento výsledek byl předvídatelný, jelikož povolání sestry je náročné a s přibývajícím věkem zatěžuje zdraví více, teoretickou oporou k tomuto předpokladu jsou i poznatky vývojové psychologie. Některé výkony, které sestra během svého povolání musí léta provádět, poškozují její zdraví. Náročnost povolání sestry nám definuje i publikace s názvem Zdravotnická psychologie od autorek Zacharová, Hermanová a Šrámková:

*„Povolání sestry je z hlediska odborné přípravy a profesionálního výkonu velmi náročné. Od sestry se očekává, že vedle řady činností ovlivňuje prožívání a jednání nemocných, že unese fyzické nároky své profese a dokáže se vypořádat s ostatními problémy spojenými s výkonem tohoto povolání.“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 66)*

Jedním z cílů práce bylo zjistit, zda silnější negativní vliv povolání sestry je na lůžkových odděleních oproti oddělením ambulancí. 67,4% respondentů pracujících na lůžkovém oddělení uvedlo, že je negativní vliv jejich povolání na jejich zdraví a 32,6%



respondentů pracujících na lůžkovém oddělení uvedlo, že není negativní vliv jejich povolání na jejich zdraví. 20,0% respondentů pracujících na ambulancích uvedlo, že je negativní vliv povolání na jejich zdraví a 80,0% respondentů pracujících na ambulancích uvedlo, že není negativní vliv jejich povolání na jejich zdraví. Toto zjištění jistě vyplývá z obsahu poskytované péče, kdy na ambulancích jsou pacienti zpravidla soběstační a není u nich nutnost provedení takového počtu výkonů, jako na lůžkových odděleních.

Zajímavým zjištěním jsou odpovědi respondentů u otázky č. 9, ve které jsme se jich dotazovali, zda po práci pociťují fyzickou únavu. 59,02% respondentů odpovědělo, že fyzickou únavu po práci pociťují. Překvapující byl i výsledek šetření u otázky č. 10, kde více jak polovina respondentů 55,74% odpověděla na otázku, zda mívají po službě oteklé a bolestivé nohy, že tomu tak není. Toto zjištění jsme porovnali s výsledkem výzkumu z roku 2011, který najdeme v bakalářské práci Lucie Osičkové, vedené na katedře ošetrovatelství LF MU v Brně s názvem „Vliv povolání zdravotních sester na jejich zdraví.“ Ve své práci autorka uvádí, že z celkového množství 98 respondentů jich 36,7% uvedlo, že mívá bolestivé a oteklé nohy a 30,06% uvedlo na otázku, zda mívají oteklé a bolestivé nohy odpověď spíše ano. Naše zjištění se zdá být pokrokem, ve smyslu snížení výskytu bolestivých a oteklých nohou sester po práci. Důvodem této změny, posunu k lepšímu zjištění, může být lepší pracovní obuv, možnost výběru pohodlných elastických punčoch či esteticky laděných podkolenek, ale také náhodilé zjištění související s malým vzorkem respondentů.

Očekávaným výsledkem se staly odpovědi na otázku č. 11, zabývajících se vyčerpáním sester po příchodu z práce. Odpověď ano označilo 59,02% respondentů. Publikace Sestry v nouzi od autorů Venglářová a kolektiv uvádí: „*První příznaky syndromu vyhoření lze rozdělit do tří oblastí: tělesné vyčerpání, psychické vyčerpání a emocionální vyčerpání.*“ (Venglářová a kol., 2011, s. 24-25). Výsledek není překvapující, jelikož povolání sestry je rizikovým povoláním pro vznik syndromu vyhoření. Toto tvrdí i publikace Etika a komunikace v medicíně, od autorů Ptáček a Bartůněk: „*Rizikovou skupinou osob pro rozvoj syndromu vyhoření jsou především lékaři a zdravotníci, kteří mají neustálý, náročný a intenzivní kontakt s druhými lidmi a je od nich vyžadována profesionální komunikace.*“ (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 47)

Neočekávaným výsledkem se staly odpovědi na otázku č. 15, kde jsme se tázali respondentů, zda jí v práci pravidelně. Zjistili jsme, že 55,74% respondentů se stravuje pravidelně a většina respondentů 77,05% se stravuje pomocí jídelního/bufetového

systemu. Vzhledem k vysoké zátěži zdravotnických pracovníků a časového nedostatku jsme předpokládali, že výsledná data budou opačná. U otázky č. 18. většina respondentů- 81,97% odpověděla, že pijí kávu. Pouhých 18,03% dotázaných kávu nepije. Tento výsledek porovnááme s proběhlým šetřením v roce 2011 u bakalářské práce Zuzany Vránové s názvem „Kouření, stravování a pitný režim sester při výkonu profese na vybraných odděleních“, kde uvádí informaci, že 90% tázaných respondentů pije kávu. Sestry tímto výsledkem ukazují, že zdravý životní styl pro ně není až takovou prioritou. Potvrzují to i výsledky v 20. otázce, kde 55,74% respondentů odpovědělo, že se ve svém volnu nevěnují cvičení. Sice se může zdát, že během pracovní doby je sestra neustále v pohybu, ale důležité je, zamyslet se, zda jde o pohyb, který je tělu prospěšný. Každá sestra by měla pravidelně cvičit a posilovat tak hlavně zádové svalstvo, které je každodenní prací v nemocnici namáháno. Důkazem toho jsou výsledky šetření u otázky č. 22A, ve které respondenti uváděli onemocnění vzniklá působením povolání jejich povolání. Nejčastější odpovědí respondentů, byla bolest zad- celkem 44,44%, konkrétně vertebrogenní algický syndrom. Porovnání výsledků z již uvedené bakalářské práce s názvem „Vliv povolání sester na jejich zdraví“ zjistíme, že polovina dotázaných zdravotníků 49,5% uvádí bolesti zad spojené z jejich prací. Vzestup počtu nemocných od 50. let 20. století nám také uvádí autor knihy Bolest a jak s ní zacházet od Richarda Rokyty.

Zajímavým zjištěním byla i otázka týkající se opakovaného výběru povolání sestry. Zde 47,54% respondentů označilo odpověď spíše ano a 39,34% respondentů rozhodně ano. Je potěšující, že i přes náročnost povolání sestry a přes vliv negativním faktorů, které působí na její zdraví, vykonávají sestry své povolání rády a neměnily by ho za jiné.

## 8 Doporučení pro praxi

Výzkumem bylo zjištěno, že zdraví sester je jejich povoláním negativně ovlivněno, ale většina z nich nepodniká kroky ke zlepšení svého zdraví. Sestry nedbají základních doporučení, dle kterých by docílily nižšího negativního dopadu somatických i psychických obtíží na své zdraví. Na druhé straně, by dle výsledků výzkumu uvítaly více informací, které se zabývají problematikou zdraví u povolání sestry. Vytvořili jsme proto internetové stránky v podobě bloku a souboru informací, které pomohou sestrám doplnit znalosti v péči o své zdraví. Mohou zde naléznout aktuální témata, která se zabývají zdravím, povoláním sester, řeší prevenci onemocnění a podporu zdraví. Sestry zde mají možnost diskuze o problematice a navzájem si mohou vyměňovat své rady a zkušenosti. Sestry zde naleznou např.: jak procvičovat zádové svalstvo a ukázkou správného držení těla, výčet potravin s vysokým obsahem vitamínů a minerálů, problematiku pitného režimu, informace o kouření s detailním složením cigaret a jejich dopad na zdraví, souhrn relaxačních technik, které napomáhají jak k lepší fyzické i psychické kondici a jiné. Dále zde naleznou užitečné informace pro profesi sestry, jako jsou vyhlášky, směrnice a odkazy na zdravotnické organizace.

Internetovou stránku lze nalézt pod odkazem: [www.povolanisestry.blog.cz](http://www.povolanisestry.blog.cz)

## 9 Závěr

Bakalářská práce se zabývala rizikovými faktory u sester, které ovlivňují jejich zdraví. Cílem bylo zjistit, zda povolání sestry negativně působí na jejich zdraví. Zajímalo nás také, zda jsou více ovlivněny sestry na lůžkovém oddělení a ve věkové kategorii nad 40 let.

Teoretická část shrnula povolání sestry od historie, vzdělávání, pracovní náplně, vlastností, které sestra musí splňovat až po negativní somatické a psychické dopady na zdraví, které postihují sestru při výkonu jejího povolání. Pozornost byla věnována také zdravému životnímu stylu, díky kterému lze eliminovat zmíněné předchozí negativní dopady.

Ve výzkumné části jsme pomocí dotazníkového šetření zjišťovali konkrétní negativní dopady na zdraví sester. Zaměřili jsme se na rozdílnost v ambulantních zařízeních a v lůžkových odděleních. Odpovídajících respondenrů bylo 61, přičemž dotazníky byly rozdány respondentům obojího pohlaví i různých věkových kategorií.

První cíl zjišťoval, zda povolání sestry negativně působí na její zdraví. Na základě výzkumného šetření můžeme konstatovat, že se náš cíl potvrdil. Dle uvedených odpovědí respondentů jsme zjistili, že zásadní dopady na zdraví se vyskytují u pohybového ústrojí, konkrétně se jedná o bolesti zad. Druhým cílem bylo zjistit, zda u sester nad 40 let se bude vyskytovat více somatických dopadů na zdraví v důsledku jejich profese. Tento cíl se na základě výzkumného šetření též potvrdil. Můžeme tedy konstatovat, že sestry nad 40 let ovlivňuje více somatických dopadů v důsledku jejich profese než u sester mladších čtyřiceti let. Třetím cílem této práce bylo zjistit, zda je vliv povolání rozdílný u sester na ambulanci a u sester na lůžkovém oddělení. Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry na lůžkovém oddělení jsou více zatíženy negativními vlivy povolání jak v oblasti somatické, tak psychické. Můžeme tedy konstatovat, že i tento cíl se potvrdil.

## 10 Seznam bibliografických citací

### Monografie

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 4., přeprac. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 167 s. ISBN 80-701-3355-4.

BORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.

CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 287 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4740-331.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138.

GRABBE, Dieter. *Zdravá záda: rychlý program: protahovací cvičení, rozhýbání, posílení, relaxace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 95 s. Zdraví. ISBN 978-80-247-3032-5.

JOHN, F., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J.: *Jak úspěšně zvládnout tlak a stres v práci: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 102 s. ISBN 80-247-1517-1.

KEBZA, V., KOMÁREK, L., ŠRÁMKOVÁ, J.: *Pohyb a relaxace: specifita nesespecifických účinných faktorů v psychoterapii*. 2., upr. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav ve vzdělávací agentuře Erasmus, 2003, 23 s. sv. č. 74. ISBN 80-707-1217-1.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 135 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-315.

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. *Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2008, 109 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. IV. ISBN 978-809-0382-077.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-807-3675-684.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 119 s. ISBN 978-802-4731-490.

KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2011, 140 s. Zdraví. ISBN 978-802-4734-330.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 206 s. ISBN 978-802-4732-244.

MARÁDOVÁ, Eva, Leoš STŘEDA a Tomáš ZIMA. *Vybrané kapitoly o zdraví*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2010, 111 s. ISBN 978-807-2904-808.

MATERNA, Antje a Rimbert WESTERKAMP. *Zdravá a pružná záda: cviky na posílení a uvolnění zad, na zmírnění bolestí, sestavy při chronických potížích s krční a bederní páteří, speciální programy pro děti a seniory, škola zad v době těhotenství, správné sezení*. Vyd. 1. Překlad Alena Bezděková. V Praze: Ikar, 2007, 143 s. ISBN 978-80-249-0929-5.

MEREDITH, Sheena. *Ekzémy*. Hodkovičky [Praha]: Pragma, c2002, 113 s. Přírodní léčení. ISBN 80-720-5633-6.

O'CARROLL, M., PARK, A., ŠRÁMKOVÁ, J.: *Essential mental health nursing skills: specifita nespecifických účinných faktorů v psychoterapii*. 2., upr. vyd. New York: Mosby/Elsever, c2007, viii, 255 p. sv. č. 74. ISBN 07-234-3348-8.

POPOVIČ, Janko. *Bolesti v zádech a ischias*. Přeložila Anna Haraštová. Praha: Avicenum, 1989, 199 s. ISBN 08-059-89.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4739-762.

ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s., vii s. obr. příl. ISBN 978-802-4730-127.

RUSH, Myron D. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Překlad Miroslava Čejková. Praha: Návrat domů, 2003, 129 s. Moudrost do kapsy, sv. 2. ISBN 80-725-5074-8.

SCHWICHTENBERG, Maren. *Cvičení pro zdravé klouby*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 141 s. Fitness, síla, kondice. ISBN 978-80-247-2173-6.

SLAMĚNÍK, Ivan. *Emoce a interpersonální vztahy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 208 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4733-111.

STACKEOVÁ, Daniela. *Cvičení na bolavá záda*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 137 s. Fitness, síla, kondice. ISBN 978-802-4740-898.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 280, [4] s. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.

ŠAMÁNKOVÁ, M., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., ŠRÁMKOVÁ, J.: *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. ISBN 978-802-4732-237.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. 276 s. ISBN 80- 7172-84.

TIMOFEEVA, A. *The nursing profession: description and issues*. New York: Novinka Books, c2002, 99 p. ISBN 15-903-3261-X.

VENGLÁŘOVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J.: *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 184 s. ISBN 978-802-4731-742.

VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Editor Jiří Vévoda. Praha: Grada, 2013, 159 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4747-323.

VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 148 s. Zdraví. ISBN 978-802-4722-474.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-7117-8740-X

VÝROST, Jozef. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Editor Ivan Slaměník. Praha: Grada, 2008, 404 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-288.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J.: *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-802-4720-685.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., ŠRÁMKOVÁ, J.: *Základy psychologie pro zdravotnické obory: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. ISBN 9788024740621.

### **Bakalářské práce**

OSIČKOVÁ, Lucie. *Vliv povolání zdravotních sester na jejich zdraví*. Bakalářská práce. Brno: Katedra ošetrovatelství LF MU v Brně, 2011. 74 l., 4 l. příl. Vedoucí práce Mgr. Jitka Dresslerová.



VRÁNOVÁ, Zuzana. *Kouření, stravování a pitný režim sester při výkonu profese na vybraných odděleních*. Bakalářská práce. Olomouc: PALACKÉHO V OLOMOUCI, Fakulta zdravotnických věd, 2011. 43 l., 8 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Hana Pokorná.

### **Zákony a normy**

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Předpis č. 361/2007 Sb., Nařízení vlády, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci

Předpis č. 373/2011 Sb., Zákon o specifických zdravotních službách

Předpis č. 258/2000 Sb., Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů

Vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků

Předpis č. 39/2005 Sb., Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání

Zákon 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů

## 11 Seznam tabulek a grafů

### Seznam tabulek

Tabulka 1- Pohlaví.....	44
Tabulka 2- Věk.....	44
Tabulka 3- Vzdělání.....	45
Tabulka 4- Rodinný stav.....	46
Tabulka 5- Hlídaní dětí.....	47
Tabulka 6- Pracoviště.....	47
Tabulka 7- Délka praxe.....	48
Tabulka 8- Směnný provoz.....	49
Tabulka 9- Fyzická únava.....	50
Tabulka 10- Bolestivé nohy.....	50
Tabulka 11- Psychické vyčerpání.....	51
Tabulka 12- Syndrom vyhoření.....	52
Tabulka 13- Komunikace.....	53
Tabulka 14- Relaxační techniky.....	54
Tabulka 15- Pravidelnost stravování.....	54
Tabulka 16- Způsob stravování.....	55
Tabulka 17- Pitný režim.....	56
Tabulka 17A- Pitný režim-specifikace.....	57
Tabulka 18- Pití kávy.....	57
Tabulka 18A- Množství kávy.....	58
Tabulka 19- Kouření.....	59
Tabulka 19A- Množství cigaret.....	60
Tabulka 20- Cvičení.....	60
Tabulka 20A- Procvičované partie.....	61
Tabulka 21- Spánek.....	62
Tabulka 22- Onemocnění z povolání.....	63
Tabulka 22A- Způsobená onemocnění.....	64
Tabulka 23- Změny na pokožce.....	64
Tabulka 24- Povolání sestry.....	65

Tabulka 25- Informace.....	65
----------------------------	----

## Seznam grafů

Graf 1- Pohlaví.....	44
Graf 2- Věk.....	45
Graf 3- Vzdělání.....	45
Graf 4- Rodinný stav.....	46
Graf 5- Hlídaní dětí.....	47
Graf 6- Pracoviště.....	48
Graf 7- Délka praxe.....	49
Graf 8- Směnný provoz.....	49
Graf 9- Fyzická únava.....	50
Graf 10- Bolestivé nohy.....	51
Graf 11- Psychické vyčerpání.....	51
Graf 12- Syndrom vyhoření.....	52
Graf 13- Komunikace.....	53
Graf 14- Relaxační techniky.....	54
Graf 15- Pravidelnost stravování.....	55
Graf 16- Způsob stravování.....	55
Graf 17- Pitný režim.....	56
Graf 17A- Pitný režim-specifikace.....	57
Graf 18- Pití kávy.....	58
Graf 18A- Množství kávy.....	59
Graf 19- Kouření.....	59
Graf 19A- Množství cigaret.....	60
Graf 20- Cvičení.....	61
Graf 20A- Procvičované partie.....	62
Graf 21- Spánek.....	62
Graf 22- Onemocnění z povolání.....	63
Graf 22A- Způsobená onemocnění.....	64
Graf 23- Změny na pokožce.....	65
Graf 24- Povolání sestry.....	66

Graf 25- Informace.....	66
Graf 26- Vliv věku respondentů.....	67
Graf 27- Vliv pracoviště.....	68
Graf 28- Vliv povolání sestry na zdraví.....	69

## **12 Seznam příloh**

Příloha č. 1- Dotazník

Příloha č. 2- Obr. 1 Potravinová pyramida

Příloha č. 3- Etický kodex sester

Příloha č. 4- Internetová stránka

## **Příloha č. 1- Dotazník**

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Horná a jsem studentkou Technické Univerzity v Liberci v oboru Všeobecná sestra.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění anonymního dotazníku, který bude použitý v mé bakalářské práci s názvem - Vliv povolání sestry na její zdraví.

Získaná data budou použita pouze pro účely mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za Váš čas i za vyplnění dotazníku.

Kateřina Horná

**1) Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) Žena
- b) Muž

**2) Prosím, uveďte Váš věk: \_\_\_\_\_**

**3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Střední škola
- b) Vyšší odborná škola
- c) Vysoká škola

**4) Váš současný rodinný stav: Jste:**

- a) Vdaná/ ženatý
- b) Svobodná/ svobodný
- c) Rozvedená/ rozvedený
- d) Vdova/ vdovec

**5) Máte problémy se zajištěním hlídání Vašich dětí během pracovní doby?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ne, děti nemám

**6) Na jakém pracovišti pracujete?**

- a) Ambulance
- b) Standardní oddělení
- c) JIP, ARO

**7) Uved'te, jak dlouho pracujete ve zdravotnictví? \_\_\_\_\_**

**8) Pracujete ve směnném provozu?**

- a) Ano
- b) Ne

**9) Pociťujete po službě fyzickou únavu?**

- a) Ano
- b) Ne

**10) Míváte po službě oteklé či bolestivé nohy?**

- a) Ano
- b) Ne

**11) Cítíte se po příchodu z práce psychicky vyčerpana?**

- a) Ano
- b) Ne

**12) Prodělal někdo ve Vašem okolí nebo Vy syndrom vyhoření? (lze uvést více možností)**

- a) Ano, já
- b) Ano, někdo v mém okolí
- c) Ne, nikdo

**13) Míváte na Vašem pracovišti problémy s komunikací? (lze uvést více možností)**

- a) Ano, s pacienty
- b) Ano, s personálem
- c) Ano, s rodinou pacienta
- d) Ne, nemám

**14) Jaké relaxační techniky v době svého volna obvykle používáte? (lze uvést více možností)**

- a) Čtení knihy
- b) Spánek
- c) Sport
- d) Sledování filmů/pořadů
- e) Hudba
- f) Pobyt v přírodě
- g) jiné

**15) Jíte v práci pravidelně?**

- a) Ano
- b) Ne

**16) Jakým způsobem se stravujete?**

- a) Pomocí jídelního/ bufetového systému
- b) Pomocí pokrmů, které si přinesete z domu

**17) Dodržujete v práci pitný režim?**

- a) Ano
- b) Ne

**17.A) Pokud je Vaše odpověď Ano, kolik litrů během své služby vypijete?**

- a) 0,5 - 1 litr
- b) 1 - 1,5 litru
- c) 1,5 – 2 litry
- d) 2,5 litru a více

**18) Pijete kávu?**

- a) Ano
- b) Ne

**18.A) Pokud je Vaše odpověď Ano, jaké množství kávy vypijete během dne?**

- a) Jeden šálek kávy
- b) Dva šálky kávy
- c) Tři a více šálků kávy

**19) Kouříte?**

- a) Ano
- b) Ne



**19.A) Pokud je Vaše odpověď Ano, kolik cigaret vykouříte za den? \_\_\_\_\_**  
**cigaret**

**20) Věnujete se ve svém volnu cvičení?**

- a) Ano
- b) Ne

**20.A) Pokud byla Vaše odpověď Ano, které tělesné partie nejvíce procvičujete?**

\_\_\_\_\_

**21) Máte problémy se spánkem?**

- a) Ano
- b) Ne

**22) Domníváte se, že Vaše povolání přispělo k rozvoji Vašeho onemocnění?**

- a) Ano
- b) Ne

**22.A) Pokud byla Vaše odpověď Ano, uveďte prosím, o jaké onemocnění jde:**

\_\_\_\_\_

**23) Vnímáte změny na své pokožce po aplikaci dezinfekce?**

- a) Ano
- b) Ne

**24) Vybral(a) byste si znovu své povolání, kdybyste měl(a) možnost?**

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne

**25) Uvítal(a) byste více informací, které se zabývají problematikou zdraví u povolání sestry ?**

- a) Ano
- b) Ne

## Příloha č. 2- Potravinová pyramida



**Obr. 1** Potravinová pyramida (Zdravotní rizika: Potravinová pyramida. In: [online]. [cit. 2014-03-13]. Dostupné z: <http://www.balneomed.cz/rizika5.php>)

## **Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester**

### **PŘEDMLUVA**

Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a opětovně schválen, tato poslední revize byla provedena v roce 2005.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, který byl projednán Sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí ČAS a Prezidiem ČAS a je platný od 11. února 2012.

### **ÚVOD**

Sestry mají čtyři základní povinnosti: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je univerzální.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, včetně kulturních práv, práva na život a možnost volby, práva na důstojnost a úctu.

Ošetrovatelská péče nediskriminuje na základě věku, barvy pleti, vyznání, kulturních zvyklostí, postižení nebo nemoci, pohlaví, sexuální orientace, národnosti, politického přesvědčení, rasy a sociálního postavení, naopak výše uvedené charakteristiky pacienta / klienta respektuje.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných skupin.

### **KODEX ICN**

Etický kodex sester ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

#### ***Články Kodexu***

##### **1. Sestry a lidé**

Sestra má primární profesní povinnosti vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zajišťuje, aby jednotlivým osobám byly poskytnuty dostatečné informace, na jejichž základě mohou tyto osoby poskytnout souhlas s péčí a se související léčbou.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti o osobních údajích pacienta a posuzuje nutnost sdílet tyto informace.

Sestra a společnost mají povinnost zahájit a podporovat aktivity zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb veřejnosti, a zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra se také podílí na zachování životního prostředí a jeho ochraně před nadměrným spotřebováním, znečišťováním, zhoršováním a ničením.

## **2. Sestry a ošetrovatelská praxe**

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi a za udržování svých znalostí a dovedností na potřebné výši kontinuálním vzděláváním.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra posuzuje individuální dovednosti a znalosti, když přijímá a deleguje konkrétní povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů.

## **3. Sestry a profese**

Sestra zaujímá rozhodující roli při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji odborných znalostí oboru vycházejících z vědeckých poznatků.

Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování bezpečných a spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

## **4. Sestry a spolupracovníci**

Sestra udržuje kooperativní vztah s kolegy z oboru ošetrovatelství i s kolegy z dalších oborů.

Sestra zvolí vhodný postup k ochraně jednotlivců, rodin a komunity, pokud je jejich zdraví ohroženo spolupracovníkem či jinou osobou.

Etický kodex sester. [online]. [cit. 2014-05-10]. Dostupné z: [http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf)

## Příloha č. 4- Internetová stránka

Archiv

2014

Červen 2014

### Aquaholic

Před 14 minutami

**Na světě je nový výraz: aquaholik. Tato závislost postihuje lidi, kteří se snaží vypít co nejvíc vody, protože věří, že to zdraví prospívá.**

#### *Závislost jako na drogách*

"Je to posedlost, něco jako drogová závislost," tvrdí docent Měšťák. Závislost se dá vypěstovat opravdu na všechno. Skutečně se těmto lidem nově říká aquaholici, protože jejich nutkání vypít co nejvíc vody připomíná závislost alkoholiků a jiných narkomanů.

Tolik vody má zajistit tělu nejen hezký zjev, ale i zdraví: vyplavení škodlivých látek, potřebnou hydrataci orgánů, zamezit bolesti hlavy a důkladně propláchnout vylučovací systém organismu našeho těla - takže oblíbené zaklínadlo "[detoxikace](#)". A samozřejmě zhubnout! Jaká je ale pravda?

Studie v časopise Americké nefrologické společnosti tvrdí, že pro průměrného zdravého člověka víc vody neznamena víc zdraví. "Pokud víc pijete, budete mít více moči, ale nikoli více toxinů v moči," upozorňuje se v ní.

V čem voda ještě nepomáhá:

- Tak potvrzují odborníci, vůbec žádnou souvislost nemá příjem vody se stavem kůže.
- Také k tvrzení o zlepšení pleti a bolestech hlavy neshledali žádné vědecké důkazy.